

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
— ANNEE 1973 — N° —

LES HEMATODERMIES EN ALGERIE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Septembre 1973

P A R

TABOUDOUGHT Mohammed

Né le 3 Juillet 1947 à BOUFARIK (W. Alger)

Membres du Jury :

PRESIDENT : Mr. F.-G. MARILL, Professeur de Dermato-Syphiligraphie.

J U G E S : Mr. M. A. MERIOUA, Professeur de Pathologie Médicale.

Mr. P. COLONNA, Professeur de Maladies du Sang.

Mr. M. YSMAIL-DAHLOUK, Maître de Conférences Agrégé
de Dermato-Vénérologie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548213_0054

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
— ANNEE 1973 — N° —

LES HEMATODERMIES EN ALGERIE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Septembre 1973

P A R

TABOUDOUCT Mohammed

Né le 3 Juillet 1947 à BOUFARIK (W. Alger)

Membres du Jury :

PRESIDENT : Mr. F.-G. MARILL, Professeur de Dermato-Syphiligraphie.

J U G E S : Mr. M. A. MERIOUA, Professeur de Pathologie Médicale.

Mr. P. COLONNA, Professeur de Maladies du Sang.

Mr. M. YSMAIL-DAHLOUK, Maître de Conférences Agrégé
de Dermato-Vénérologie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

* Je dédie cette thèse *

A MA MERE ET A MON PERE

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde
tendresse.

A MES FRERES ET SOEURS

A MES GRANDS PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

En témoignage de ma profonde affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE ET MAÎTRE

Monsieur F.-G. HILL, Professeur de Dermato-Syphiligraphie,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans la mise au point de notre
travail inaugural.

A NOS JUGES :

- Monsieur le Professeur MERIOUA,

Vous nous avez reçu avec une amabilité qui nous a profondément touché.

Nous sommes très heureux de vous exprimer notre respectueuse reconnaissance.

- Monsieur le Professeur COLONNA,

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en jugeant ce modeste travail.

Nous vous remercions de tout coeur pour votre aide.

- Monsieur le Professeur YSMAIL-DAHLOUK,

Vous avez accepté avec bienveillance de juger ce modeste travail.

Nous vous en remercions et nous vous prions de croire en notre vive gratitude.

A tous ceux qui ont bien voulu nous remettre les observations qu'ils avaient en leur possession.

-Madame le Professeur BENILLEGUE et Messieurs les Professeurs KHATTI, GRANGAUD, YAKER et CHASTEL, du C.H.U. d'ALGER.

-Messieurs les Professeurs SOLASSOL et ALLOUACHE, Madame le Docteur GRZYBOWSKA, Messieurs les Docteurs KHITRI et MALABOEUF, du C.H.U. de CONSTANTINE.

-Messieurs les Docteurs GUIGUE et CHERID, du C.H.U. d'ORAN.

Nous les en remercions vivement.

-A Monsieur le Professeur ISSAD

-A Mon Ami, le Professeur BEKKAT

-A tous ceux qui nous ont reçus dans leurs services à l'Hopital.

-A tous nos Maîtres du Primaire, du Secondaire et de la Faculté.

-A tous mes Camarades de promotion.

A TOUS LES AMIS

A tous ceux qui m'ont aidé à l'élaboration de ce

modeste travail.

III I N T R O D U C T I O N

Il est classique de réunir dans le cadre des hémato-
dermies malignes un certain nombre d'états cutanés à
évolution fatale, qui sont déterminés par une hyper-
plasie ou une métaplasie soit du système hématopoïéti-
que, soit des éléments conjonctifs du derme. Ce sont:

- les leucémies cutanées,
- le mycosis fongofide,
- les réticuloses histiocytaires,
- la lymphogranulomatose maligne,
- la maladie de Brill - Symmers,
- la maladie de Kaposi.

A chacun de ces différents états, il est possible de
reconnaître un ensemble de caractères cliniques, évolu-
tifs et histo-pathologiques qui autorisent dans une
large mesure à considérer chacun comme une entité
pathologique.

LES SYMPTOMES CLINIQUES ET ÉVOLUTION

Les lésions cutanées

Bien que rares, puisque la fréquence des atteintes cutanées au cours des leucoses se situe entre 3 et 10 p.100 des cas (Goudemand, 1973), ces manifestations sont actuellement parfaitement décrites à partir de nombreux travaux parmi lesquels on doit citer ceux de Kaposi (1885), Kreibich (1899), Nanta (1912), à la suite de la description princeps de Bisiadecki (1876). Elle se voit chez l'homme adulte essentiellement, à l'occasion de leucémie lymphoïde, de leucémie myéloïde, de leucémie aiguë et même de cryptoleucémie.

En tant qu'éléments spécifiques, il faut décrire les lésions tubéreuses, de consistance ferme ou pâteuse, infiltrant surtout le pourtour du visage, lui conférant un aspect léontiasique. Toujours dans ce cadre, on peut noter des formes multinodulaires, des nodules tumoraux et des formes tumorales. L'ulcération de ces formations représente soit un stade évolutif propre aux lésions leucémiques, soit une complication secondaire (abcès, vaccins, varicelle, herpes, zona, traumatisme).

Des macules érythémateuses, de teinte rouge ou bleu-ardoise, disséminées sans ordre, peuvent représenter le stade initial de plaques infiltrées.

Le prurit est très inconstant. S'il accompagne souvent l'érythrodermie leucémique, il est habituellement absent au cours des autres états dermatologiques. Cette absence de prurit peut être faite un signe d'orientation pour différencier les lésions cutanées des leucémies de celles du mycosis fongoïde et de la maladie de Hodgkin. Le prurit isolé est très rare, bien qu'il ait pu conduire à un examen histologique révélateur sur une peau en apparence normale.

Les lésions des muqueuses sont superficielles et infiltrées et se rencontrent surtout dans les leucémies à monocytes. Elles se compliquent de surinfection, de nécrose et d'hémorragie.

Les deux diagnostics les plus difficiles sont avec le mycosis fongoïde et les réticuloses malignes, surtout lorsque le processus malin se généralise.

L'hémogramme et le myélogramme sont indispensables au diagnostic de leucémie. Dans les hémogrammes, le nombre de globules blancs est en général augmenté, bien que les chiffres ne soient pas très élevés dans les leucémies cutanées. Les états subleucémiques ou aleucémiques ne sont pas très fréquents, exception faite de certaines formes érythrodermiques qui restent aleucémiques pendant toute la durée de l'évolution. Les cellules prédominantes du sang sont en général de la même lignée que celles de l'infiltrat dermique. Ce pendant les formules cutanées et sanguines ne sont pas toujours concordantes et cela pose alors

un délicat problème pathogénique. Les myélogrammes suivent assez strictement les modifications sanguines. Ils fournissent parfois des indications plus précoces et plus précises sur la lignée cellulaire atteinte, en montrant des éléments précurseurs de ceux trouvés sur l'hémogramme.

Les adénoigrammes concordent le plus souvent avec la structure de l'infiltrat cutané. On recherche l'aspect de "chromatine grumelée" dans le cas de leucémie lymphoïde.

Mais à côté de ces formes bien caractérisées, il est possible d'observer au cours des leucoses des érythrodermies à l'occasion desquelles il n'est pas toujours permis d'obtenir la preuve qu'elles sont effectivement des érythrodermies leucémiques, et non simplement des érythrodermies chez des leucémiques. Ces lésions débutent habituellement sous forme de rappes érythémato-squameuses qui s'étendent et s'infiltrant de poussée en poussée. Elles desquament et déterminent une chute des poils et des cheveux. Elles s'accompagnent de prurit et d'adénopathies. C'est seulement, dans une partie de ces cas que l'examen histo-pathologique démontre l'infiltration du tégument par le processus leucosiques.

Enfin, des altérations cutanées d'allure non spécifique s'observent avec une relative fréquence chez les sujets atteints de leucose, qui restent le plus habituellement sans signature étiologique. Pour marquer précisément le défaut de démonstration de leur vraie nature, on est

On vient de réunir ces manifestations sous l'appellation générale de leucémides. Ce sont des lésions très variées, d'aspect banal, qui ne sont rattachées à une leucose que par le cadre clinique: eczématiformes, psoriasiformes, papuleuses, morbilliformes, scarlatiniformes...

Le purpura leucémique est fréquent mais il se complique souvent de surinfection, de gangrène et d'ulcération.

Le mycosis fongoïde:

Le mycosis fongoïde a été décrit pour la première fois par Alibert (1812) qui le rangea parmi les états syphilitiques. Par la suite, Bazin, sur le plan clinique et Köbner, sur le plan histologique individualisent l'affection. Les travaux ultérieurs ont permis la distinction entre trois formes cliniques de la maladie.

Le mycosis fongoïde classé par (Alibert - Bazin)

Forme la plus fréquente, c'est aussi la forme qui offre la plus grande diversité de manifestations cliniques. Son évolution s'étale sur trois étapes successives: une étape pré-tumorale, une étape tumorale, une étape cachectique.

La phase pré-tumorale:

Cette phase érythémateuse est celle des accidents pré-mycosiques.

En son début, elle se manifeste par du prurit et des éruptions diverses.

Le prurit fait rarement défaut. C'est un symptôme initial et dominant, qui peut demeurer longtemps isolé. Il est intense, tenace, rebelle à tous les traitements et évolue par alternance d'accalmies et de reprises.

Les éruptions affectent les aspects les plus variés. Les érythèmes se présentent surtout comme des plaques et des nappes érythémato-squameuses d'aspect parakératosique; elles peuvent être de type urticarien ou roséoliforme. On rencontre aussi des papules, des nodules et rarement du purpura. Les vésicules sont précoces et présentent une suppuration antiseptique propre aux lésions mycosiques. Les dépigmentations sont plus fréquentes que les pigmentations. Les bulles sont pemphigoïdes d'emblée. Une pustulation, rare, et des éruptions folliculaires peuvent être observées. Les altérations des phanères sont assez fréquentes: chute des cheveux, des poils; friabilité, striation, chute des ongles.

A la période d'état, ces mêmes lésions sont étendues, voire généralisées et on constate en outre la présence de lésions de grattage, d'infiltration, de lichénification, d'adénopathie. La peau est sclérodermiforme, ferme, oedématisée; le quadrillage cutané est exagéré et la desquamation est plus nette.

Notons que les muqueuses peuvent être intéressées par le processus éruptif.

L'évolution s'étale sur des années et les poussées successives aboutissent à la phase tumorale de l'affection.

La phase tumorale:

Les tumeurs se constituent soit en peau saine, soit sur des placards infiltrés. Leur siège, leur nombre, leur couleur, leur volume, leur accroissement se montrent des plus variables. Cependant, malgré cette diversité, les tumeurs présentent un ensemble de caractères communs. Elles sont lisses, luisantes, résistantes, sensiblement hémisphériques, enchassées dans le derme, indolentes lorsque non encore ulcérées. Au sein même des tumeurs on peut observer des réserves de peau saine. L'ulcération est très fréquente. La rétrocession spontanée des tumeurs représente une des particularités du mycosis. Cette résorption est suivie de la formation de nouvelles tumeurs. A ce stade tumoral, les rémissions sont courtes et la maladie entre dans sa dernière étape, la phase de cachexie.

La phase cachectique:

En une dizaine d'années en moyenne, la multiplication et l'extension des lésions cutanées, les épisodes infectieux et, plus rarement, les localisations viscérales conduisent le malade à la cachexie et à la mort.

Le type érythrodermique d'Hallopeau - Besnier:

Cette forme, que Leredde a interprétée comme une forme diffuse à infiltration fongioïde, est illustrée par la description de " l'homme rouge " d'Hallopeau.

Le début en est marqué par l'apparition de taches rouges, légèrement saillantes, à bords nets très prurigineuses.

En peu de temps, ces éléments s'étendent, puis confluent jusqu'à recouvrir la totalité du tégument.

Rapidement, la maladie entre dans sa phase d'état. Le tableau est alors celui d'une érythrodermie exfoliative généralisée. La peau est sèche, chaude, d'allure scarlatiniforme, d'un rouge foncé tirant sur le violet, très infiltrée. Il existe des enclaves de peau saine. La desquamation est modérée, furfuracée ou foliacée. L'infiltrat détermine d'épais bourrelets au niveau des grands plis. Le prurit est intense. Ces accidents cutanés se modifient spontanément d'un jour à l'autre.

Ajoutons à cela les lésions de grattage et les pics hyperthermiques et on a le tableau de la forme érythrodermique pure.

Notons qu'il existe des formes débutant par un érythème prémycosique et des formes avec éruptions polymorphes ou tumeurs.

L'évolution est, dans la forme érythrodermique, plus courte: en un an ou deux, le malade meurt dans un état cachectique.

Le type "À tumeurs d'emblée" (Vidal- Brocq):

Cette forme est celle que l'on observe le plus rarement. Dans sept cas sur dix , le début n'est annoncé par aucun prodrome ou l'est, tout au plus, par du prurit localisé à la face, au cuir chevelu, au tronc, aux cuisses. Il se caractérise par l'apparition d'une tumeur solitaire, bientôt suivie d'autres tumeurs, en quinze jours à six mois. Les tumeurs naissent souvent en peau saine et leur production est concomitante de manifestations d'ordre général telles que fièvre, amaigrissement, anémie.

Au cours de leur évolution, les tumeurs offrent les mêmes caractères morphologiques et adoptent le même comportement que dans le type Alibert- Bazin. Il faut cependant noter quelques différences. Les tumeurs sont moins nombreuses: de cinq à dix en général. L'aboutissement est dans cette forme très rapide : à l'occasion de poussées rapprochées, en quelques mois, l'affection évolue vers la cachexie et la mort.

C'est à l'occasion de cette forme qu'on doit citer le type dit inverse qu'on rencontre exceptionnellement.

A une première étape, d'ordre tumoral, fait suite un **stade** d'érythèmes divers (érythèmes post-mycosiques).

Ainsi, la multiplicité, la diversité et le défaut de spécificité représentent les grands caractères cliniques du mycosis fongicide.

Les réticuloses histiocytaires peuvent être définies comme une prolifération des éléments normaux ou atypiques de la seule lignée réticulo-histiocytaire, aboutissant à des infiltrats denses et persistants.

Sous l'angle dermatologique on distingue les réticuloses diffuses, et les réticuloses cutanées proprement dites.

Les réticuloses diffuses :

Ce sont des proliférations systématiques du tissu réticulo-endothélial qui ne déterminent que d'une façon inconstante des lésions cutanées. Elles sont surtout fréquentes dans la première enfance.

Formes aiguës : le type complet et pur de ces formes aiguës est représenté par la maladie de Letterer- Siwe du nourrisson, rapidement mortelle. Isolée par Siwe en 1933, complétée par Holt (1936) et par l'observation de Letterer (1924), cette affection sévère frappe l'enfant avant l'âge de 2 ans et, de par ses nombreuses atteintes viscérales, elle retentit de façon importante sur l'état général.

Les lésions cutanées, quasi-constantes dans ce cas, siègent au thorax, au pavillon de l'oreille, quelquefois au visage sous forme de macules ou de maculo-papules cuivrées souvent purpuriques. On note aussi des lésions non spécifiques associées. Mais ces papules, recouvertes d'une croûte brunâtre ("enveloppement à la farine de moutarde") sont évocatrices par la note purpurique, pétéchiale. Par ailleurs l'enfant est amaigri, fébrile, avec une hépato-spléno-

mégalie, une polyadénopathie, une atteinte pulmonaire (10 à 50 %) et une atteinte osseuse (lacunes sur les clichés).

L'hémogramme peu modifié, en dehors d'une anémie modérée et progressive, contraste habituellement avec la généralisation de cette réticulose.

Le myélogramme, par contre, montre un envahissement de la moelle par des éléments de la série réticulo-histiocytaire plus ou moins dystrophiques, à mitoses nombreuses et pouvoir phagocytaire développé: histiocytes anormaux à noyaux parfois très nucléolés, grandes cellules réticulaire à noyaux bourgeonnants, éléments multinucléés pouvant prendre un aspect syncytial. Parfois, le monomorphisme cellulaire évoque un réticulo-sarcome. Cette atteinte médullaire, très importante pour confirmer le diagnostic, justifie le terme de crypto-leucose réticulo-histiocytaire. L'évolution de la maladie de Letterer-Siwe commune est mortelle en quelques semaines ou mois, souvent par poussées avec diffusion du processus. Des rémissions transitoires et incomplètes, parfois thérapeutiques (cortisone, radiothérapie), ont été notées.

Formes subaiguës et chroniques:

Atteignant tous les âges, ces formes ont conduit à parler, chez l'enfant, peut être abusivement de formes dissociées

ou prolongées de la maladie de Letterer-Siwe.

La symptomatologie viscérale est moins riche ou absente. Les formes cutanées s'accompagnent souvent d'un état général longtemps bien conservé. Les aspects dermatologiques reproduisent ceux décrits précédemment dans les formes aiguës.

Sous le nom de réticulo-se cutané-pulmonaire, J. MARIE décrit en 1941, chez le jeune enfant un syndrome caractérisé par une éruption papulo-érythémateuse thoracique terminale et par une gêne respiratoire, sans fièvre élevée, sans lésions viscérales et osseuses. Les clichés thoraciques montrent des images nodulaires ou kystiques (pneumo-réticulo-se bulleuse). La mort survient lors d'une aggravation des manifestations pulmonaires.

Maladie de Hand-Schüller-Christian (chronique, progressive):

Elle débute généralement entre deux à six ans et est rarement vue avec sa triade classique au complet (lacunes crâniennes, exophtalmie, diabète insipide).

Les lésions cutanées (30%) consistent en taches érythémateuses, macules, papules souvent rouge sombre, parfois xanthomes. Ces lésions siègent au thorax, au visage, au cuir chevelu, aux fesses. Elles peuvent s'infecter, et laissent des cicatrices blanches après leur résolution.

Certains aspects cliniques, radiologiques, histologiques et évolutifs ont fait envisager un rapprochement entre les réticuloses histiocytaires diffuses, la maladie de Hand-Schüller-Christian et le granulome éosinophile des os. Ces trois affections pourraient ainsi rentrer dans un cadre commun (Histiocytose X - Lichtenstein, 1957).

Les réticuloses cutanées malignes

Ce sont, presque toujours, des lésions d'évolution chronique strictement cutanées ou cutanéoganglionnaires, tout au moins pendant la plus grande partie de l'évolution. Elles atteignent surtout l'adulte et le vieillard. Ces réticuloses cutanées semblent les plus fréquentes des réticuloses histiocytaires localisées.

Les signes cutanés représentent, avec les adénopathies, les seuls signes de l'affection. Tous les types dermatologiques décrits dans le mycosis fongicide et dans les leucémies cutanées peuvent être observés. L'aspect le plus typique est celui de tumeurs parfois volumineuses, régulières ou bosselées, recouvertes d'un épiderme violacé, ou ulcéré, ou de nodules apparaissant sans phase prémonitrice d'érythème et, au contraire du mycosis, sans prurit (sauf dans les formes érythrodermiques).

Les muqueuses sont assez rarement atteintes, sauf à la phase leucémique: infiltrations, érosions et ulcérations, plaques ecchymotiques.

Les signes hématologiques prennent une importance particulière au cours des réticuloses histiocytaires. L'extension du processus malin à la moelle et au sang est toujours à craindre, alors qu'elle est très rare dans le mycosis fongoïde. Des hémogrammes et des myélogrammes doivent donc toujours être pratiqués et répétés en cours d'évolution. Des formules réactionnelles, souvent mineures, variables et fugaces, ne comportent aucune signification pratique. Ce sont les cellules réticulaires, ne s'observant jamais sur un hémogramme normal, qui doivent attirer l'attention. Sur les myélogrammes, on observe souvent une prolifération de cellules réticulaires ou monocytaires sans atypies cellulaires, une augmentation du pourcentage des éosinophiles ou des plasmocytes. Des formules leucémiques peuvent, par contre, apparaître: monocytes atypiques en très grand nombre dans le sang et présence sur les myélogrammes d'éléments réticulo-histio-monocytaires franchement anormaux.

La réticulo-histiocytose giganto-cellulaire:

Dans son type clinique complet, cette affection a une traduction cutanée et articulaire grave. Elle évolue d'une façon chronique. Les lésions cutanées sont des papules et des nodules mais elles offrent au microscope un aspect d'"histiocytose bénigne".

Les réticuloses mastocytaires:

Les formes mortelles cutanéo-muqueuses restent exceptionnelles et on a relevé chez l'enfant des "leucémies à mastocytes". Des associations d'urticaire pigmentaire avec leucémie monocyttaire ou avec maladie de Hodgkin ont été signalées.

La maladie de Hodgkin cutanée:

La lymphogranulomatose maligne de Paltauf-Sternberg se traduit en clinique, dans ses formes habituelles, par des manifestations de deux ordres: du prurit dont nous analyserons ci-après les caractères, des adénopathies.

Les adénopathies, superficielles et profondes, débutent presque toujours dans la région cervicale. Elle sont asymétriques, indolores, mobiles, sans péri-adénite, sans tendance à la suppuration ni à la fistulisation. Mais à ces deux éléments morbides se surajoutent un ensemble d'atteintes viscérales, de signes généraux et de perturbations biologiques.

Sur le plan viscéral, l'extension de la prolifération lymphoïde conditionne une splénomégalie importante et une hépatomégalie parfois accompagnée au cours de l'évolution d'ictère cholestatique.

Les autres localisations sont moins fréquentes:

leuro-pulmonaires, digestives, osseuses, nerveuses et cutanées.

Le cortège de signes généraux est généralement présent, avec fièvre, d'anémie, d'asthénie et parfois d'hémorragie digestive ou d'accident perforatif ou occlusif.

Dans le cadre des perturbations biologiques, les modifications hématologiques sont peu démonstratives: léger abaissement du taux des G.R., avec souvent hyposidérémie, hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile et parfois éosinophilie, monocytose, surtout une lymphopénie absolue et relative; une leucopénie doit faire soupçonner d'emblée une localisation abdominale. Toutefois, l'accélération de la vitesse de sédimentation et l'augmentation de l'haptoglobine sont d'excellents tests de sensibilité. La fibrinémie élevée, l'augmentation des globulines semblent d'une valeur moindre.

Les perturbations immunologiques éventuelles traduisent une baisse de l'immunité cellulaire: outre la lymphopénie, constatée avec diminution de la réactivité cutanée à la tuberculine et à d'autres antigènes usuels (streptokinase, trichophytine); le test de transformation lymphocytaire en présence de phytohémagglutinine est également plus discuté.

Les lésions cutanées sont rares au cours de la maladie de Hodgkin; certaines d'entre elles, du reste, apparaissant d'ordre banal.

Le prurit peut être responsable de multiples lésions de grattage qui restent sans autre significations.

Le prurigo est constitué par des papulo-vésicules miliaires et par des larges papules dures ou urticariennes, très prurigineuses.

Diverses éruptions peuvent être observées, indépendantes du prurit: lésions érythémato-vésiculeuses, érythème urticarien, exanthèmes, purpura, érythrodermie.

Beaucoup plus intéressantes par leur caractère de spécificité, puisqu'elles sont de nature lymphogranulomateuse, se montrent les formations à type de nodosités, d'ulcérations et de tumeurs. Ces lésions peuvent exceptionnellement précéder les adénopathies, faisant errer le diagnostic au cours de la lymphogranulomatose cutanée d'emblée. L'aspect clinique en est fort variable.

Tantôt c'est une tumeur véritable, une ulcération profonde et phagédénique, une ulcération à bords infiltrés, isolée ou multiple. Tantôt ce sont des infiltrations diffuses. Tantôt ce sont des nodosités rouges ou violacées, de petite ou de grande taille, disséminées ou groupées.

Dans quelques cas cette atteinte cutanée est représentée par une érythrodermie. Ces lésions ne sont identifiées que par les signes cliniques d'accompagnement et par leur structure histologique.

La maladie de Brill-Symmers:

Le lymphome giganto-cellulaire décrit par Brill, Rosenthal Baehr et Symmers (1927) se marque essentiellement par une atteinte des ganglions et de la rate. Mais, dans de rares cas, on peut observer des lésions cutanées à type de prurit, de prurigo, et aussi de lésions érythémato-squameuses figurées ressemblant à celles du mycosis fongofide et des réticuloses.

Ce syndrome n'est d'ailleurs pour beaucoup d'auteurs que le stade initial d'une hémoréticulopathie maligne car contrairement à l'opinion de Symmers, l'évolution se fait plus ou moins tardivement vers un réticulo-sarcome ou, plus rarement, vers une maladie de Hodgkin ou une leucose, d'où le nom de "lymphoblastome folliculaire" qui lui a été appliqué.

La maladie de Kaposi

Reconnue en 1872 par Kaposi, l'auro-sarcomatose a fait, depuis, l'objet de travaux considérables. Certaines des particularités de la maladie demeurent encore l'objet de discussions, mais, même compte-tenu de ces incertitudes, l'affection peut faire actuellement l'objet d'une description d'ensemble très précise.

Le tableau clinique est constitué par un ensemble de composants très évocateurs, encore que relativement polymorphes.

Les lésions cutanées apparaissent habituellement aux membres inférieurs, unilatérales dans seulement 17,2 p. 100 des cas. Ce sont des taches d'un rouge-violet qui marque soit la face dorsale, soit la face plantaire des orteils et des pieds. Il est inhabituel d'observer d'autres localisations initiales: face, membres supérieurs, organes génitaux. Ces éléments se multiplient, conservant leur disposition de relative symétrie, se modifiant avec le temps. Après un certain délai d'évolution, on relève la présence sur le tégument de formations des types suivants: Des plaques érythémato-angiomateuses, de taille variable, irrégulières, de teinte variant du rouge-violacé au brun-foncé, souvent squameuses.

Des nodules qui se forment soit sur ces placards, soit en peau saine, enchassés dans le tégument, arrondis ou ovalaires, de taille variable, de consistance ferme, de teinte rouge-vineuse. Ils s'ulcèrent exceptionnellement. Ces nodules peuvent affecter un caractère confluent, donnant des formes verruqueuses. Ils peuvent se développer, bourgeonner, prenant alors un aspect tumoral.

Dans quelques cas, les lésions cutanées revêtent des formes plus particulières: éléments kystiques lymphangiomateux ou éléments bulleux.

L'œdème se surajoute assez fréquemment à ces altérations cutanées: œdème éléphantiasique d'une dureté ligneuse, associé assez souvent à une pigmentation en placards plus ou moins étendus.

Les signes fonctionnels sont variables: gêne proportionnelle à l'importance des infiltrats. Le prurit est exceptionnel.

L'état général est pendant longtemps bien conservé. La fièvre est rare et reste modérée.

Des atteintes profondes s'associent aux lésions cutanées dans la proportion de 10 p. 100 des cas. Ce sont :

Des adénopathies, surtout inguinales et axillaires, fermes, indolores, aphteuses, de taille très variable. Des adénopathies profondes sont souvent découvertes par les examens radiologiques ou à l'autopsie.

Des altérations osseuses, sous-jacentes aux lésions cutanées, à type de décalcification, de lésions aréolaires, d'érosions.

Des localisations viscérales intéressant le tube digestif et l'appareil pleuro-pulmonaire. Elles se présentent comme des nodosités bien limitées, de coloration rouge ou rosée. On peut les rencontrer sur le foie, le pancréas, le cerveau, le coeur, les testicules.

Les examens hémato-cytologiques fournissent des renseignements qui ne comportent pas de valeur significative.

On enregistre fréquemment une leucocytose supérieure à 10.000 globules blancs/mm³ et une mononucléose à 60 ou 70 p. 100.

Dans une petite proportion des cas, l'angio-sarcomatose s'associe à d'autres états morbides, sans que l'on ait réussi à déterminer la raison de ces associations : épithéliomas, diabète sucré, macroglobulinémie de Waldenström, anémie hémolytique, leucémies, mycosis fongöïd, maladie de Hodgkin, de Brill-Symmers.

L'évolution de la maladie de Kaposi est variable. Généralement, les lésions se développent surtout en profondeur. Dans quelques cas, elles dégénèrent. Le plus souvent, l'évolution est fatale à temps variable, parfois s'étalant sur plusieurs années; parfois au contraire, surtout chez les jeunes, se précipitant en quelques mois.

LES CARACTERES HISTO - PATHOLOGIQUES

Les leucémies cutanées :

L'histologie cutanée n'apporte pas toujours d'éléments en faveur du diagnostic, mais les lésions infiltrées, nodulaires, tumorales et, d'une façon moins constante, les formes érythrodermiques, relèvent d'une prolifération dans le derme de cellules leucosiques.

Les lésions spécifiques sont constituées par un infiltrat massif, dans le derme moyen et profond, de cellules qui appartiennent toutes, ou presque toutes, à la même lignée sanguine. La densité de l'infiltrat, sa limite inférieure souvent nette, l'intégrité d'une bande de derme superficiel respectée sous la basale sont les caractères architecturaux habituels des leucémies cutanées, mais qu'on retrouve dans d'autres hémato-dermies. On peut observer des coulées cellulaires périvasculaires qui rapprochent cette image de celle des réticuloses histio-monocytaires. Les vaisseaux sont parfois le siège de thrombose.

Les infiltrats leucosiques cutanés sont en général remarquables par leur homogénéité. Ceux des leucoses myéloïdes et leucoblastiques (leucémies aiguës) sont formés de cellules inhabituelles dans la peau, facilement

identifiées, permettant ainsi un diagnostic précis. Par contre, les leucémies cutanées lymphoïdes, les plus fréquentes, ne se traduisent que par un infiltrat de lymphocytes, cellules banales dans les processus inflammatoires et qui ne présentent souvent aucun caractère particulier du fait de leur origine leucosique. Cependant, Strange décrit un aspect de " chromatine grumelée " dans les noyaux des lymphocytes leucémiques qu'on peut retrouver dans la peau et dans les ganglions.

A côté des examens histologiques habituels, le dermogramme est susceptible d'apporter d'utiles indications.

On l'effectue par apposition sur lames de tranches de section fraîches de biopsie non encore fixées, avec coloration au May-Grünwald-Giemsa (R.DEGOS et B.OSSIPOVSKI). Cette technique permet de suivre l'évolution cytologique de l'infiltrat: on constate souvent une " remontée " vers l'immaturité. Quelquefois, apparaît secondairement un panachage cellulaire, observé surtout dans les leucémies lymphoïdes.

Le mycosis fongoïde :

Les érythèmes prémycosiques ont généralement une structure banale d'inflammation subaiguë.



ur les lésions discrètes et débutantes du mycosis, les mages bien caractéristiques sont rares.

a lésion essentielle du mycosis fongique est représentée ar un infiltrat dermique qui débute dans le derme sous-apillaire, autour des vaisseaux, près de l'épiderme u'il pénètre en formant des nids cellulaires (Darier, 889). Ces "nids" constituent de véritables " thèques" e cellules mononucléées que Darier considère comme des ellules lymphoïdes et Maurier comme des histiocytes ssociés à des lymphocytes. Ces thèques ont une valeur iagnostique certaine, mais elles sont inconstantes.

'infiltrat devient dense et se dispose en amas nodulaires u en bande ininterrompue. Généralement, il reste super-iciel, mais on peut constater des prolongements profonds usque dans l'hypoderme.

e dermogramme, permettant d'apprécier la cytologie de 'infiltrat, présente un réel intérêt. Il permet de onstater un polymorphisme avec des lymphocytes, des olynucéaires neutrophiles et éosinophiles, des plas-ocytes, des mastocytes, des histiocytes et d'autres ellules, d'un type spécial, appelées " cellules myco-iques ". Ce sont de grandes cellules mononucléées, globu-euses ou polyédriques, à cytoplasme abondant, pâle et cidophile, à noyau ovalaire et clair, plus ou moins

volumineux avec un réseau chromatinien fin et pourvu de un ou deux nucléoles. Les mitoses ne sont pas rares. Ces cellules furent d'abord considérées comme des éléments lymphoïdes. En fait ce sont des cellules réticulo-histiocytaires qui affectent rarement un aspect monstrueux.

En définitive, c'est le polymorphisme cellulaire qui reste le critère histo-cytologique le plus valable pour différencier le mycosis fongoïde des réticuloses histiocytaires, mis à part quelques cas particuliers.

Les réticuloses :

Au cours des réticuloses diffuses aiguës, les examens histologiques, par biopsie ou autopsie, révèlent la prolifération, dans la peau et dans les viscères, de cellules de la lignée réticulo-histiocytaire, volumineuses, déformées, en activité mitotique variable.

Les lésions cutanées se traduisent par un infiltrat de densité très variable, parfois réduit à quelques flocs, situé dans la partie superficielle du derme contre la face profonde de l'épiderme. Cet infiltrat, qui se prolonge souvent en coulées profondes le long des vaisseaux jusque dans l'hypoderme, a surtout comme caractère particulier de migrer en surface, traversant parfois l'épiderme y compris la couche cornée, et pouvant provoquer une destruction

épidermique localisée. Les cellules de l'infiltrat sont, pour la plupart, des éléments réticulo-histiocytaires de grande taille, à noyau irrégulier, souvent encoché et réniforme, à cytoplasme légèrement éosinophile et même des cellules à cytoplasme spumeux. La présence d'hématies extravasées correspond à l'aspect purpurique de certaines lésions. Dans cet infiltrat existe un assez net feutrage de fibres réticuliniques.

Dans les réticuloses diffuses subaiguës et chroniques, histologiquement, le point commun est l'infiltrat histiocyttaire. Les images histologiques considérées comme caractéristiques de l'une de ces trois affections maladie de Letterer-Siwe, maladie de Hand-Schüller-Christian et granulome éosinophile des os peuvent s'observer dans les autres d'une façon plus ou moins nette. C'est pourquoi dans une interprétation uniciste, Lichtenstein a groupé ces trois affections sous l'appellation d'histiocytosis X qui réunit des formes ou des stades parfois progressifs ou régressifs, allant de l'histiocytose localité bénigne à l'histiocytose disséminée chronique, de pronostic plus ou moins grave. L'âge d'apparition conditionnerait, en partie la forme clinique et le pronostic.

Cependant, tout en admettant certaines analogies ou parent d'autres auteurs ne se croient pas autorisés à réunir

ces trois affections qui gardent une personnalité clinique, évolutive et pronostique assez nette.

Dans les réticuloses cutanées malignes, les examens histo-cytologiques permettent seuls d'affirmer le diagnostic et de préciser le degré de malignité de la maladie. Ils doivent être répétés, les premières biopsies ne montrant souvent qu'une structure banale ou peu probante. Parfois, d'une façon paradoxale, les images histologiques sont beaucoup plus nettes sur des lésions peu infiltrées et peu évocatrices. La structure histologique typique est constituée par un infiltrat histiocytaire dense et homogène situé dans le derme moyen où il forme une nappe plus ou moins continue d'où partent des coulées vers les plans profonds. Le corps papillaire est habituellement respecté, formant une bande dermique superficielle relativement indemne qui isole l'infiltrat de l'épiderme. L'intégrité du derme superficiel et de l'épiderme, l'absence de nids cellulaires intra-épidermiques, la disposition moins rectiligne de la limite inférieure rendue irrégulière par des prolongements profonds périvasculaires et périannexiel opposeraient cet infiltrat à celui du mycosis fongique. Mais ces caractères architecturaux schématiques ne sont ni constants ni distinctifs et n'ont qu'une valeur d'orientation.

La formule cytologique de l'infiltrat a beaucoup plus d'importance que sa disposition architecturale.

Ille précise le type réticulo-histiocytaire des cellules : cellules réticulaires, histiocytes et monocytes. Ces éléments sont bien distingués grâce au dermogramme.

Le monomorphisme de l'infiltrat s'oppose au polymorphisme cellulaire des granulomatoses. Les atypies nucléo-cytoplasmiques rendent parfois malaisée la classification des cellules (histiocytes ou lymphocytes) et créent un polymorphisme apparent. Les quelques plasmocytes, lymphocytes, éosinophiles, qui peuvent être constatés dans les infiltrats, ne modifient pas l'aspect monomorphe de la nappe cellulaire. Le caractère hyperplasique ou malin de cet infiltrat domine le pronostic. Or, il est parfois difficile d'apprécier et d'interpréter les anomalies discrètes, nucléaires et cytoplasmiques. Les " encoches " nucléaires ont une grande valeur pronostique, mais elles doivent être distinguées des fausses images d'encoche dues à des plicatures nucléaires et elles peuvent faire hésiter entre des histiocytes à noyaux anormalement encochés et des monocytes dont les noyaux sont normalement festonnés.

Ce problème délicat de la malignité cellulaire ne peut être résolu que grâce à la répétition des biopsies et des dermogrammes.

Les adénogrammes et les biopsies ganglionnaires montrent des images cytologiques comparables à celles du derme. En général, les atypies cellulaires sont plus tardives que

sur les biopsies cutanées, mais elles peuvent être plus précoces, affirmant la malignité de la maladie. Une prolifération panachée ne permet aucune déduction. Ailleurs les atypies cellulaires peuvent être monstrueuses, réalisant le type des réticulo-histiosarcomes ganglionnaires. D'où l'hypothèse d'une simple réaction " dermique " à distance d'un sarcome ganglionnaire primitif lorsque les lésions cutanées ne correspondent qu'à une simple hyperplasie. La réticulose lipomélanique de Pautrier et Woringer, observées parfois dans les réticuloses malignes, n'a aucune spécificité histologique.

Dans la réticulo-histiocytose géante-cellulaire,

L'image histologique est caractérisée par la présence, dans le derme, dans les os et dans les synoviales, de nombreuses cellules volumineuses, arrondies ou irrégulières, à cytoplasme abondant, avec un ou plusieurs noyaux pâles et nucléolés. Ces cellules peuvent atteindre 50 microns et même 100 microns et leurs noyaux sont disposés irrégulièrement. Le cytoplasme est homogène, éosinophile ou basophile, quelquefois granuleux ou spumeux. Enfin les inclusions lipidiques ne sont pas rares. Ces cellules forment des nappes denses, des amas ou des bandes dans le derme et dans la synoviale (Goltz et Laymon). On les considère comme des cellules d'origine réticulo-histiocytaire (Montgomery). Caro et Sznear y ont décelé du fer.

répondent à une prolifération dans la peau, dans la rate, dans le sang et dans la moelle osseuse.

L'hypothèse de l'origine histiocyttaire ou fibroblastique (Hissard) du mastocyte rapproche les mastocytoses des réticuloses histiocyttaires.

La lymphogranulomatose maligne cutanée donne des lésions dont la structure histologique est semblable à celle des foyers ganglionnaires ou viscéraux.

On constate dans le derme, et parfois dans la graisse sous-cutanée, des nappes denses d'infiltrat polymorphe avec abondance d'éosinophiles.

Les cellules de Sternberg, qui sont des histiocytes devenus malins et géants, au cytoplasme basophile avec un ou plusieurs noyaux bourgeonnants contenant de gros nucléoles irréguliers, sont ici plus rares que dans les autres localisations de la maladie.

Suivant l'activité anarchique de l'infiltrat, les auteurs nord-américains distinguent le granulome de Hodgkin et le sarcome de Hodgkin.

Les lésions histo-pathologiques de la maladie de Brill-Symmers s'observent surtout au niveau des ganglions lymphatiques et les altérations cutanées, présentes dans de rares cas, montrent les mêmes lésions typiques folliculaires que celles des ganglions.

Les ganglions tuméfiés montrent un remaniement de l'architecture normale. Ce remaniement consiste en une hyperplasie pseudo-folliculaire de type variable. Ces follicules sont composés au centre par de nombreux lymphoblastes et en périphérie par une mince couche de petits lymphocytes. Des images mitotiques sont retrouvées en nombre assez important. Très fréquemment, ces follicules sont partiellement séparés du stroma environnant par des espacements dus aux opérations de fixation.

Cependant, au niveau de la peau, l'infiltrat offre habituellement l'aspect du lymphome lymphocytaire ou du lymphome lymphoblastique.

La maladie de Kaposi:

Les lésions histo-pathologiques de l'acro-sarcomatose, bien qu'assez variables d'un malade à un autre et même selon les régions chez un même malade, sont assez caractéristiques pour autoriser un diagnostic positif.

Le nodule kaposien, parvenu à son plein développement, procède de l'association en proportions variables de trois constituants: des cavités vasculaires, des cellules fusiformes, des éléments cellulaires libres.

Les cavités vasculaires:

Elles sont de taille et de structure diverses et l'aspect bigarré des néoformations vasculaires est hautement évocateur des lésions kaposiennes. On reconnaît :

1) Des vaisseaux de structure élémentaire: capillaires à lumière étroite dont la paroi comporte uniquement un endothélium de type plasmodial embryonnaire ou différencié en cellules, grosses cellules mitotiques ou amitotiques, bombant sous la lumière du conduit et reposant sur une mince lame de collagène . Fréquemment, ce capillaire se dilate et se transforme en une sorte de sinus béant, à la lumière irrégulière.

2) Des vaisseaux à paroi épaisse comportant des assises plus ou moins nombreuses d'éléments musculaires lisses. La plupart des vaisseaux néoformés sont gorgés de globules rouges : ils dépendent donc du système sanguin. Mais il en est qui ne renferment que de la lymphe et des leucocytes.

Les cellules fusiformes :

Ce sont de gros éléments trapus, à prolongement grêle, à noyau volumineux, de forme ovale un peu irrégulière,

renfermant une fine poussière de chromatine répartie autour des nucléoles. Ces cellules peuvent renfermer des inclusions: hémossidéline et gouttelettes graisseuses. Entre ces cellules est tendu un réseau de fines fibrilles de réticuline.

Les proportions variables de vaisseaux et d'infiltrat permettent d'opposer un type angiomateux à un type fibroblastique.

Les cellules libres :

Ces cellules sont: des éléments lymphoïdes d'âges divers, en particulier des formes jeunes; des monocytes, des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles; des mastzellen, des plasmodes géants; des plasmocytes.

L'abondance des cellules libres est particulièrement grande lorsque la maladie s'accompagne d'une formule sanguine de caractère leucémique; mais ces cas sont exceptionnels.

Toutefois, reprendre dans tous leurs aspects l'analyse des données cliniques et anatomiques, conduit à reconnaître que si le cadre nosologique des hémato dermatoses dispose d'une indéniable personnalité, la différenciation d'entités autonomes à l'intérieur de ce groupe demeure assez artificielle. Certaines incertitudes ou similitudes cliniques, un départ des accidents dans la déviation d'un même système tissulaire, des faits de passage relativement fréquents plaident en faveur de cette notion de relativité.

Nous ignorons si certaines dermatoses préexistantes ou associées, telles que l'eczéma ou le psoriasis, interviennent ou non dans la pathogénie du mycosis fongique et des réticuloses cutanées. A côté de certaines variantes morphologiques, les formations tumorales du mycosis fongique, des réticuloses orthoplasiques, et même des autres variétés d'hémato dermatose comportent bien des similitudes d'apparence et ce sont des particularités annexes qui orientent le diagnostic. L'évolution par exemple qui peut établir un départ entre le mycosis fongique et le réticulo-sarcome; l'existence des déterminations viscérales qui apporte un argument de différenciation du mycosis fongique et de la lymphogranulomatose maligne.

Les lignées sanguine et tissulaire trouvent leur origine commune dans la cellule réticulaire primordiale. Il est souvent difficile de préciser le point de départ du processus pathologique, cutané, sanguin ou viscéral. Certains cas, témoignent les proliférations associées ou successives des différentes portions du système néotopothétique et du mésenchyme dermique. On voit, au cours de certaines réticuloses malignes des éléments prendre un aspect "pré-sternbergoidé" (Cazal, Le Coulant) et, au cours d'une maladie de Hodgkin, le type cytologique évoluer dans un sens monomorphe (Hodgkin-sarcoma).

Enfin, il est possible de constater un état leucémoïde au décours d'un mycosis fongique ou encore une leucémie à monocytes au stade terminal d'une réticulose.

En l'absence d'une étiologie établie, de tels faits imposent des réserves. Et du reste, à reprendre l'historique de nos connaissances en l'objet on prend la notion de la difficulté de classification. Le groupe des hémato-dermies répond à peu près à la lymphadénie classique, à laquelle de nombreux auteurs français rattachèrent le mycosis fongique d'Alibert dont les cellules prédominantes furent considérées comme d'origine lymphoïde. C'est au sein de ces lymphadénies que furent individualisées les leucémies cutanées. Par la suite, l'identification de la maladie de Hodgkin, la connaissance de la nature réticulo-histiocytaire des "cellules mycosiques" du mycosis fongique (réticulo-granulomatose),

enfin la notion de maladies atteignant les seuls éléments réticulo-histiocytaires (réticuloses) aboutirent à un démembrement des cadres anciens et à la création d'entités nouvelles. Mais, en raison qu'en raison des facteurs d'incertitude que nous venons de rappeler succinctement, l'Ecole nord-américaine, reprenant en quelque sorte la conception ancienne, englobe sous le terme commun de lymphome malin ou de lymphoblastome les proliférations lympho-réticulaires (mycosis fongioïde , maladie de Hodgkin leucémie cutanée), en y adjoignant les réticulo- et lympho-sarcomes de la peau.

Sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur F.- G. MARILL, nous nous proposons de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude des hémato-dermies en Algérie.

La maladie de Kaposi, dans les formes qu'elle revêt en Algérie ayant fait l'objet d'une analyse récente (thèse de M.S. BENELMOUFFOK (4), nous laisserons l'examen des faits qui concernent l'acro-sarcomatose en dehors de notre travail et nous retiendrons les faits qui relèvent des entités ci-après:

- les leucémies cutanées,

- le mycosis fongoïde,

- les réticuloses histiocytaires,

- la lymphogranulomatose maligne,

- la maladie de Brill-Symmers.

Nous présenterons notre étude dans les deux chapitres ci-après:

- dans une première partie, nous rappellerons les faits qui ont été publiés dans la littérature médicale et nous donnerons une relation résumée des observations qui sont conservées dans les archives des Cliniques universitaires de dermatologie, d'hématologie, de pédiatrie d'Alger, du Centre anti-cancéreux d'Alger, du Service de dermatologie du Centre hospitalier universitaire d'Oran, du Service de dermatologie et du Centre anti-cancéreux de Constantine;

- dans une deuxième partie, nous procéderons à l'analyse de ces différents faits.

- CHAPITRE PREMIER -

- /// B S E R V A T I O N S -
-----Ooo-----

Observation n° 1

-(Observation résumée)-

Mme G... Marie- Antoinette, âgée de 62 ans, originaire de Skikda, est hospitalisée à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en mai 1941, pour adénopathie généralisée apparue trois ans plus tôt, peu après une intervention pour mastoïdite aiguë gauche.

Les ganglions siègent d'abord dans les territoires prétragien, sous-angulo-maxillaire et sous-maxillaire, surtout à gauche. Ils sont petits, mobiles et indolores.

Au bout d'une année, ils se mettent à augmenter de volume, en même temps qu'apparaissent des adénopathies inguinales et poplitées. Au niveau de la face apparaît une large plaque rouge-violacée, nummulaire, siégeant sous l'oeil gauche, empiétant sur la racine du nez. Cette lésion a subi sans résultat deux séances de radiothérapie à Constantine en février 1941.

Hépatosplénomégalie modérée, contemporaine de l'apparition des derniers ganglions. Amaigrissement progressif, avec état subfébrile.

Biopsie ganglionnaire. " Prolifération intense de cellules lymphoblastiques, parfois lymphocytiques. On pense à une leucémie lymphoïde . " (Pr. LAFFARGUE).

Biopsie cutanée : " Il s'agit bien d'une leucémie lymphoïde. Les éléments qui envahissent d'une façon uniforme le derme sont des éléments à noyaux assez régulièrement arrondis. On distingue une mince bande protoplasmique basophile. On trouve rarement un nucléole. Ces éléments rappellent donc des lymphocytes jeunes ou des lymphoblastes déjà très avancés dans leur évolution vers le lymphocyte ". (Pr. LAFFARGUE).

Numération globulaire et formule leucocytaire : G.R., 3.320.000/ mm³; Hb, 55 p. 100; V.G., 0,85; anisocytose, pas d'hématies nucléées; G.B., 12.880/mm³ dont 23 poly. neutro., 1 poly. éosino., 71 lympho., 2 moyens monos., 3 grands monos.; pas de leucocytes anormaux.

Les examens biologiques de routine ne fournissent aucune autre indication.

Le traitement repose sur la radiothérapie(7 séances en juin 1941; 8 séances réparties entre juillet et août).

Dernier examen hématologique (18/8/41): G.R.: 3.368.000/mm³; G.B.: 4.280; poly. neutro.: 49; poly. éosino.: 2; lympho.: 42; mono.: 7 p.100.

La malade est sortie le 26 août 1941 dans un état satisfaisant et a été perdue de vue.

- Observation n°2 -

-(Observation résumée)-

Mme Ben.. Fatma, âgée de 19 ans, originaire des Maadid, est hospitalisée à la clinique Universitaire de Dermatologie d'Alger en Avril 1955.

Depuis 1 an, ecchymoses apparaissant sur les membres et épargnant toujours la face et le tronc. La première d'entre elles évolue selon un rythme stéréotypé : début sans manifestation subjective locale, précédé pendant plusieurs jours par un malaise général fait de céphalées, d'épigastralgies, de vomissements bilieux, d'arthralgies peu douloureuses; puis apparition de l'ecchymose qui s'estompe progressivement en laissant à sa place une nouure hypodermique qui disparaît elle-même en environ un mois. Les intervalles entre les poussées ne sont jamais francs, les poussées s'intriquent plus ou moins avec, en corollaire, une altération progressive de l'état général.

Lors de l'hospitalisation, multiples ecchymoses de dimensions allant de 2 à 6 cm, à centre clair, à bordure bleuâtre nouures hypodermiques de taille variable, mobiles sur les plans profonds, douloureuses à la palpation, siégeant les unes dans les aires d'ecchymose, les autres sous un tégument apparemment normal.

splénomégalie peu importante. Les ganglions sont de volume sensiblement normal. Pas d'adénopathie médiastinale. Pas de fièvre.

Examens biologiques:

Hémogramme : 2.300.000 G.R.; 232.000 G.B., avec, p.100, 17 myéloblastes, 18 myélocytes, 6 métamyélocytes, 4 normoblastes.

Méiellogramme : " Moelle hypertrophique; nette déviation à gauche de la courbe de maturation myélocytaire (prédominance des myélocytes); pourcentage encore faible des myéloblastes; très forte augmentation du rapport granulocytaire-érythroblastique".(Dr TRABUT).

Splénogramme : confirme le diagnostic.

Vitesse de sédimentation : après 1h., 14mm; après 2h., 29 mm; après 24h., 107 mm.

Signe du lacet : négatif.

La malade est restée en traitement pendant 3 mois au cours desquels elle a été traitée par des reconstituants; par des transfusions répétées tous les jours (250 cc) qui ont dû être interrompues à la suite de deux accidents transfusionnels successifs; par radiothérapie: application de 50 r par séance à l'occasion de 7 séances. Le décès est intervenu dans un tableau d'ictère grave à l'origine duquel, vu les délais, ne peuvent être suspectées ni les transfusions ni les applications de R.X.

Pendant ces trois mois, en un premier temps, l'état général est demeuré stationnaire; la splénomégalie a augmenté rapidement de volume, le débord passant de 2 à 6 travers de doigt ; des ménorragies abondantes sont apparues; le taux des G.B. est passé à 241.600/mm³, avec 38 p.100 de myélocytes. Ulérieurement, la radiothérapie n'a pas marqué d'action sur le volume de la rate, le débord passant à 8 travers de doigt; sur le taux des G.B. qui s'est élevé à 260 .000/ mm³; sur les hémorragies, qui sont devenues plus fréquentes et plus abondantes.

- Observation n° 3 -

(Observation résumée)

Mme. M. Yamina, âgée de 48 ans, originaire de Djidjelli, est hospitalisée au Centre anti-cancéreux de Constantine en juillet 1957.

Sur la fesse droite, présence de formations nodulaires sous-cutanées et de purpura, avec prurit. Enorme splénomégalie, le pôle inférieur de la rate arrivant au pubis.

Examens hématologiques:

Numération globulaire: 2.960.000 G.R.; 270.000 G.B.

Myélogramme : 13,2 p.100 de métamyélocytes, 20,4 p.100 de myélocytes, 9,4 p.100 de promyélocytes et 3,6 p.100 de myéloblastes neutrophiles.

Le traitement institué comporte : radiothérapie (150 r par séance, 2 fois par semaine) et Misulban, à la dose de 4 mg par jour. La radiothérapie est interrompue après application d'une dose totale de 1.200 r. Dose totale de Misulban:280 mg. A la fin du traitement, le nombre des G.B. est très régulièrement tombé et est de 5.250/mm³.

Reprise de traitement un mois et demi plus tard. Le taux des G.B.est remonté à 18.000/mm³. Administration de Misulban, à la dose de 2mg par jour, interrompue après prise de 42 mg. à la suite de l'apparition d'hémorragies rectales importantes, sans lésion apparente à la rectoscopie. Sous ce traitement, le taux des G.B. s'élève progressivement jusqu'à 54.500.

Prise pendant 20 jours de 75 mg de Cortancyl par jour, puis de 50 mg de Cortancyl par jour en association avec 2 mg de Misulban.

Mais la malade rejoint son foyer.

- Observation n° 4 -

(Observation résumée)

Le jeune Na... Chérif, écolier de 14 ans, originaire de Nancy, habitant à Kouba, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en novembre 1961 pour cyanose peu étendue du membre inférieur gauche avec un important oedème et des ulcérations multiples des 2 membres

inférieurs. Ces ulcérations évoluent depuis 3 mois d'une manière "capricieuse", apparaissant et disparaissant spontanément en différents endroits, entraînant une claudication intermittente accompagnée de crampes au niveau du mollet gauche.

Dans les antécédents, on note une hospitalisation de 3 mois (décembre 1960 - mars 1961), en France, sans pouvoir en faire préciser la cause.

Etat général altéré. Sur le plan cardiaque, discret bloc focal droit à l'électrocardiogramme. Les radiographies pulmonaires montrent une congestion de la trame pulmonaire. Le bilan, fait d'emblée, attire l'attention sur la formule blanche: 31.000 G.B. et sur le médullogramme (Dr TRABUT):

" Moelle presque totalement envahie par des cellules souche à noyau réticulaire de contour souvent réniforme ou polylobé qui ne présentent pas les caractères des lymphoblastes mais seraient plutôt du type hémocytoblastique. Certaines de ces cellules sont monocytoïdes. La lignée mégacaryocytaire est très peu représentée. Donc leucose aiguë à monocytes qui détermine des ulcérations cutanées et une thrombose artérielle".

Le petit malade est soumis à un traitement local et général (corticoïde - méthotrexate) mais il décède 12 jours après son admission, dans un tableau d'hémorragie cérébrale.

-(Observation due à la bienveillance de M. le Docteur
GUIGUE, Médecin-chef du service de dermatologie du
C.H.U. d'Oran)-

-(Observation résumée)-

M.Kh...Ahmed, âgé de 67 ans, est hospitalisé au pavillon de
dermatologie du C.H.U. d'Oran en juin 1964 pour érythème
de la face et des extrémités. La maladie a débuté 5 mois
plus tôt par un prurit auquel ont fait suite des lésions
plus ou moins excavées sur les mains et les pieds, Zones
d'eczématisation et d'œdème sur un fond d'érythème lie-de-
vin.

Par ailleurs, on trouve des adénopathies multiples, axillaire
et inguinales. Pas d'hépto-splénomégalie. L'état général
est conservé.

Hémogramme: 3.800.000 G.R./mm³; 18.100 G.B. dont 85 poly.

neutro., 5 poly.éosino., 10 lympho.

Nouvel hémogramme: 20.400 G.B. dont 23 lympho.

Biopsie cutanée: "Infiltrat du derme superficiel par des
éléments cellulaires d'aspect très monomorphe avec des
irrégularités chromatiniennes et des nucléoles bien visible

Conclusion: infiltrat leucémique (lymphoïde)". (Dr. LE CAT).

Le malade quitte l'hôpital contre-avis médical en septembre
alors que son état s'est nettement amélioré sous héxacy-
cline, triamcinolone et chloraminophène. Il a été perdu
de vue.

--(Observation résumée)--

M.S...Tayeb, homme âgé de 46 ans, originaire de Bouka, est admis en février 1965 à la Clinique universitaire d'hématologie d'Alger.

Volumineuse adénopathie généralisée: cervicale, axillaire, épitrochléenne, inguino-crurale accompagnée de prurit. Pas de splénomégalie. L'hémogramme fournit l'indication d'un taux de G.B. à 3.200 avec 4 p.100 de lymphoblastes. Fonction ganglionnaire: infiltration de lymphoblastes à 70 p.100. On administre du chloraminophène à la dose de 8 mg par jour.

Malgré ce traitement, 20 jours plus tard, le bilan est le suivant: altération rapide de l'état général, le malade ayant perdu 2,5 kg. en quelques jours; augmentation du volume des gangli qui deviennent douloureux; suffusions hémorragiques au niveau d'une conjonctive; apparition d'ecchymoses sur les paupières et de purpura à la face antérieure du thorax; infiltrats avec ulcérations douloureuses au niveau du scrotum et du pli interfessier; fièvre s'élevant pour osciller entre 39° et 40°2.

Hémogramme: 2.740.000 G.R. avec hématokrite à 22 p.100; 74.000 C.B. avec 90 p.100 de lymphoblastes; 38.000 plaquettes.

Examen histo-pathologique: (biopsie de peau): "Existence d'un infiltrat leucosique extrêmement dense dissociant tous les tissus présents et en particulier le muscle sous-jacent".

Malgré l'administration de Cortancyl (60 mg, puis 30 mg par jour) l'aggravation de l'état oblige la famille du malade à reprendre son parent dans une situation très précaire.

- Observation n°7 -

-(Observation résumée)-

Mme Ben...Khedoudja, âgée de 66 ans, est suivie à la consultation externe de dermatologie à Alger dès le mois de septembre 1966. La malade présente une infiltration en nappes disséminée sur le tégument et des nodules hypodermiques.

Examen histo-pathologique: "La biopsie effectuée a intéressé d'une part un lambeau de peau sans signification histo-pathologique particulière, d'autre part un nodule hypodermique totalement indépendant. Ce dernier comporte de multiples formations cellulaires folliculaires basophiles noyées dans un infiltrat massif à cellules rondes de même affinité tinctoriale, et rappelant par l'architecture un dispositif lymphoïde. Les éléments sont généralement de type lymphoblastique. L'aspect plaide en faveur d'une leucémie nodulaire".

Cette malade a été, par la suite, perdue de vue.

- Observation n° 8 -

-(Observation publiée par MM. P. COLONNA et M. YSMAIL-
DAHLOUK (20)

-(Observation résumée)-

Mme. Hem.. Khedidja, femme âgée de 19 ans, originaire de Rouina, est hospitalisée en novembre 1966 à la Clinique universitaire d'hématologie d'Alger.

Début trois mois plus tôt par polyarthralgies intéressant symétriquement les grosses articulations: un traitement par injections est pratiqué à domicile, qui reste inopérant.

Au bout d'un mois, apparition d'une adénopathie cervicale gauche: la malade est admise à l'hôpital des Attafs, où elle est gardée jusqu'à ce que soit connu le résultat d'une biopsie ganglionnaire. Durant ce séjour, développement d'une volumineuse adénopathie axillaire gauche et apparition de lésions cutanées. Administration de Cortancyl qui semble n'avoir pas témoigné d'effet.

Lors de l'arrivée à Alger, les constatations suivantes sont effectuées:

Adénopathie cervicale, axillaire et inguinale bilatérale, faite de ganglions de petite taille. Splénomégalie, la rate dépassant de 10 cm le rebord costal. Présence sur la face d'un placard épais, infiltré, dur, étalé sur le front, les joues et le menton; sur le thorax de multiples taches érythémateuses, ayant environ 1cm de diamètre, laissant

entre elles des intervalles de peau saine; sur la paroi abdominale et la face interne des cuisses, d'une éruption maculo-pétéchiale; sur les membres supérieurs et inférieurs de très nombreuses maculo-papules violacées, infiltrées, de 0,5 cm de diamètre environ. Pas d'hépatomégalie.

Température subfébrile. Etat général médiocre: poids de 36 400 kg pour une taille de 1,40 m.

Examens biologiques:

Hémoграмme : hématoците, 30 p. 100; 16.900 G.B., avec 6 p. 100 de lymphoblastes;

Myélogramme : moelle entièrement envahie par les lymphoblastes;

Ponction de ganglion: hyperplasie réticulaire; nombreux lymphoblastes;

Apposition de peau : nombreux lymphocytes jeunes;

Chimie du sang: rien à signaler;

Electrophorèse et immuno-electrophorèse des protéides sériques: protéinogramme sensiblement normal; pas de variation notable des IgA; IgB et IgM; augmentation de l'orosomucoïde et diminution de la bêta 1 globuline.

Examens radiographiques: Importante déminéralisation des têtes osseuses au niveau des coudes.

Examen histo-pathologique d'une biopsie cutanée: "Infiltrat massif (derme superficiel et moyen) à limite inférieure nette, ne respectant pas partout de bande de tissu conjonctif sous la basale épidermique. Cet infiltrat, dense,

homogène, est composé de cellules plus ou moins jeunes appartenant à la même lignée, lymphocytaire ou lymphoblastique. Pas de mitose. Il semble s'agir là de la localisation cutanée d'une leucémie lymphoïde ". (Pr. ZIDANE).

Outre l'administration de reconstituant et d'antibiotique, la malade est soumise au traitement suivant pendant les 12 semaines de son séjour à l'hôpital : Cortancyl, 50mg (14 jours), puis 100 mg par jour; Oncovin, 2,5 mg par semaine; après un mois et demi, Méthotraxate, 20 mg en I.M., 2 fois par semaine.

Les effets de ce traitement n'ont pas été pleinement satisfaisants. Le poids s'est conservé; les althralgies ont disparu, la splénomégalie a régressé. Le taux des G.B. pendant les 2 dernières semaines du traitement, s'est maintenu à entre 4.700 et 1.800/mm³. Les manifestations cutanées ont connu un sort variable : disparition des éléments du thorax et des membres, diminution de l'infiltration et de la coloration du placard de la face. Mais en contre-partie, le volume des ganglions axillaires et inguinaux s'est accru; la présence des myéloblastes dans la moelle osseuse est de l'ordre de 50 p.100; les myéloblastes sont toujours présents dans le sang.

La malade a rejoint son foyer en rémission. On a appris par la suite son décès.

- MYCOSES FONGOIDES -

- Observation n° 9 -

-(Observation résumée)-

M. F... Abdelkader, homme âgé de 60 ans, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en juillet 1955 pour lésions érythémato-squameuses infiltrées, dures, formant de vastes nappes érythrodermiques siégeant sur le tronc et sur les membres inférieurs. Un prurit intense accompagne ces lésions.

Le bilan habituel n'apporte pas de renseignement particulier

Examen histo-pathologique d'une biopsie de la face antérieure de la cuisse gauche: " Image typique de prémycosis caractérisée par:

- un infiltrat en bande du corps papillaire peu polymorphe, constitué de lymphocytes, d'histiocytes et d'éléments à gros noyaux hyperchromatiques, bourgeonnants, à cytoplasme faiblement éosinophile que l'on doit interpréter comme des " cellules mycosiques". Nous n'avons observé qu'une seule mitose au sein de cet infiltrat;
- des thèques cellulaires intra-épidermiques contenant les mêmes éléments cellulaires". (Dr. R. STREIT).

* Observation n° 10 *

~(Observation résumée)~

M. S.N.P. Djen..., homme âgé de 56 ans, est admis à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en 1957 pour érythème érythémato-squameux, infiltrée, prurigineuse, évoluant depuis quelques mois au niveau des cuisses et de la région lombaire.

Examens histo-pathologiques:

" Cuisse droite : l'image histologique rappelle celle du psoriasis. Parakératose (squames épaisses, nucléées, disparition complète de la granulosa, nombreuses cellules inflammatoires à noyaux pycnotiques, hyperkératose régionale. Mais il existe dans le corps papillaire un infiltrat plus important que dans un psoriasis banal. Cet infiltrat possède une limite relativement nette. On le retrouve cependant plus profondément autour des vaisseaux dermiques et des glandes sudoripares. Il est constitué par des éléments mononucléés, des lymphocytes, des histiocytes; certaines cellules histiocytaires sont volumineuses, à noyau encoché fortement nucléolé. On note 3 mitoses et quelques polynucléaires éosinophiles. En outre, oedème du corps papillaire.

Région lombaire: Même aspect psoriasiforme.

* Infiltrat dermique plus discret.

- Sclérose dense du chorion dont les vaisseaux sont entour

par un infiltrat présentant les mêmes caractères que précédemment. Mais surtout, présence dans l'épiderme, au-dessus de la couche cornée, de 2 à 3 cavités contenant des cellules mononucléées à noyaux volumineux, hyperchromatique.

Couche gauche: lésions moins marquées. L'épiderme ne présente pas de parakératose mais on note une exocytose tératante avec excoréose qui constitue une spongiose assez particulière, différente de celle réalisée par l'eczéma. Les cellules exocytaires sont mononucléées. On retrouve le même infiltrat diffus dans la zone papillaire mais relativement peu important.

-En définitive: l'image histologique oriente vers une hémadermie. Les caractères de l'infiltrat (absence cependant d'un grand polymorphisme, sa limitation nette, la présence de nids cellulaires intra-épidermiques) font penser à un mycosis fongicide". (Dr. R. STREIT).

- Observation n° 11 -

-(Observation publiée par M.F.-G. MARILL et Mme. P. GROULD (60

-(Observation in extenso)-

Mme. Rosalie Brac... est âgée de 68 ans lorsque nous l'examinons pour la première fois, au mois de novembre 1951. Trois ans plus tôt, elle avait donc 65 ans, ont commencé à se manifester du prurit et des altérations cutanées qui se sont progressivement aggravés: jusque-là, la malade n'avait

connu qu'un seul accident notable de santé, une hystérectomie imposée par la présence d'un fibrome utérin. Pendant trois ans, aucun diagnostic n'ayant été posé, divers essais de traitement ont été entrepris, qui se sont montrés inopérants—ce dont notre patiente ne s'est guère souciée, car elle demeure curieusement étrangère à son état.

Le prurit s'est établi en même temps que les premières lésions cutanées et à leur voisinage, peu intense, discontinu procédant par poussées assez brèves. Il a intéressé secondairement des secteurs plus étendus, se faisant plus pénible. Après trois années, il se manifeste par des poussées plus longues, séparées par des pauses plus courtes, sévissant sur de vastes surfaces, toujours plus intense à l'entour des formations tumorales. Il est par moments intolérable; ainsi que l'attestent la multiplicité et la profondeur des exco-riations de grattage.

Les premières lésions du tégument ont consisté en des taches de tous points comparables, la malade est très affirmative à ce propos, à certains éléments que nous voyons présents sur la partie inférieure des cuisses: ce sont des taches de teinte chamois, inégales de taille mais de petites dimensions, à peine infiltrées, à limite frangée, se fondant insensiblement dans la peau saine qui les entoure. Ces formations se sont étalées, ont conflué dans le même temps qu'elles prenaient du corps et, peu à peu, les formations tumorales se sont constituées sous la forme que nous leur trouvons.

La première en date d'entre elles siège à la partie haute de la face antéro-externe de la cuisse gauche. Elle se présente en épais macaron des dimensions d'une grande paume de main, à limite polycyclique et abrupte. Plutôt molle, faisant corps avec la peau, formée de boursouflures inégales séparées par des sillons peu profonds, elle est de teinte rouge-violacée et sa surface est par places fortement lichénifiée. Elle repose sur un soubassement lichénifié et infiltré, de coloration rosée, qui la déborde largement vers sa partie inférieure. Au-dessous de cette tumeur, sur une assez vaste surface qui s'étale sur les faces antérieure et externe jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, présence soit de petites plaques infiltrées portant de petits nodules épars, soit de gros nodules, plus ou moins unis les uns aux autres par des ponts qui enserrant des traînées de peau saine. A cheval sur la partie tout externe de l'aîne droite, épaisse plaque rougeâtre des dimensions d'une main, à bordure en talus dessinant des courbes fantasques, qui forme une masse assez molle, enclavée dans la peau, à surface mamelonnée intensément lichénifiée, avec réserve de peau saine dans son segment supérieur.

Dans le secteur moyen de la face antérieure de la cuisse droite, formation tumorale assez exubérante, d'un rouge violacé, garnie sur sa moitié inférieure de bourgeons inégaux, à surface exulcérée par places, ulcérée en petits cratères en d'autres.

Peu au-dessous de l'aisselle gauche, formation en macaron à limite sinueuse, rappelant de tous points la tumeur de l'aîne droite.

D'autres éléments, d'un type différent, se voient encore sur le tégument, outre les taches connois siégeant sur les cuisses dont nous avons déjà signalé la présence: des papules dermiques, éparses sur le revêtement de la paroi abdominale, nombreuses, peu saillantes, en gros grain de plomb empris dans l'épaisseur de la peau, cernées d'une fine collerette de desquamation.

Rien à retenir de l'examen somatique, chez une femme âgée mais bien conservée avec tendance à la pléthore, mis à part la présence le long de chaque arcade inguinale d'une discripleiade faite de trois ou quatre ganglions des dimentions d'une petite olive, mobiles, assez mous. En particulier, le foie et la rate sont de volume normal; aucune atteinte des muqueuses accessibles à l'examen clinique; à l'exploration radiologique, pas d'anomalie des images pulmonaire et cardiaque.

Numération globulaire: érythrocytes, 4.130.000/mm³; leucocytes, 8.000/mm³; plaquettes, 200.000/mm³; valeur globulaire 72 p.100. Equilibre leucocytaire: poly.neutro., 63; poly.éosino., 2; poly.baso., 0,5; lympho., 34/100; absence d'éléments cytologiques anormaux (Dr J.-C. LEVY).

Examen histo-pathologique d'un fragment de la formation tumorale de la cuisse gauche: " L'image histologique s'accorde parfaitement avec le diagnostic de mycosis fongofide. On note en effet, s'étendant sur tout le derme moyen et profond, un infiltrat très dense, polymorphe, composé de lymphocytes, de plasmocytes, de polynucléaires éosinophiles en grande quantité, d'histiocytes et parfois de cellule d'allure réticulaire à noyaux bourgeonnants, hyperchromatiques, offrant les caractères des cellules mycosiques. A noter qu'il existe une bande conjonctive dermique sous-épithéliale indemne d'infiltration. L'épiderme contient quelques foyers de spongiose, mais pas de thèques"(Dr. R.STREIT).

Mme. B... est adressée au Centre anti-cancéreux de Constantine aux fins de radiothérapie. Le programme initialement arrêté comporte l'application au total de 90 R, en 6 séances (Dr M. QUISEFIT).

Après que cette dose ait été administrée, le résultat obtenu n'étant pas jugé satisfaisant, le traitement est poursuivi. La patiente reçoit ainsi, en 10 semaines, 2.700 R répartis sur 6 champs (180 kv, 12 mA, 5/10 Cu). Le prurit s'apaise; les tumeurs s'affaiblissent, mais ne disparaissent pas; rétrocession des papules de la paroi abdominale, ainsi que des taches, plaques infiltrées et nodules réparties sur les cuisses. Il est conseillé à la malade de se présenter à nouveau, pour contrôle, au bout de trois mois.

Mme B... ne revient au Centre anti-cancéreux qu'au mois d'août 1959. Une deuxième biopsie est pratiquée sur la formation tumorale de la cuisse gauche: "L'examen histologique s'accorde avec le diagnostic clinique de mycosis fongofde. En effet, le derme et l'hypoderme sont le siège d'infiltrat à cellules réticulaires dont le noyau est parfois monstrueux. Quelques lymphocytes, quelques histiocytes. Cependant, le diagnostic de réticulosarcome, ou de leucose, ou de réticulose maligne reste ouvert" (Pr P. LAFARQUE).

Au mois de septembre 1959, notre patiente vient nous demander conseil, nous signalant que depuis peu le prurit a repris, modéré, sur les cuisses, et que les tumeurs ont récupéré un certain volume. Nous l'orientons à nouveau vers le Centre anti-cancéreux où un troisième prélèvement est effectué sur la tumeur de la cuisse gauche: "Image typique de mycosis fongofde. Quelques thèques intra-épidermiques particulièrement nettes. Infiltrat massif du derme papillaire et moyen, très bariolé, avec quelques cellules réticulaires atypiques revêtant l'aspect de cellules mycosiques" (Dr R. STUHL).

Nous revoyons Mme B..., qui dans l'entre-temps a négligé de reprendre son traitement, pour la dernière fois au mois de novembre 1959. Le prurit s'est fait à nouveau intense. Les formations tumorales, surtout celle de la cuisse gauche, ont presque recouvré l'apparence qu'elles avaient avant l'application de rayons X. L'état général ne s'est pas altéré.

L'examen tomographique continue de rester muet. Les pléiades de ganglions inguinaux ne se sont pas modifiées. Numération globulaire: érythrocytes, 4.020.000/mm³; leucocytes, 8.600/mm³; valeur globulaire, 70 p.100. Equilibre leucocytaire: poly.neutro., 68; poly.éosino., 5; mono., 4; lymph., 23.

Une quatrième biopsie est pratiquée, une fois de plus sur la tumeur de la cuisse gauche, qui permet la constatation suivantes: " Le diagnostic d'hématodermie ne fait aucun doute: il existe en effet des foyers très denses de cellules centrés sur les vaisseaux du derme. Cet infiltrat monomorphe est difficile à identifier sur la préparation histologique. Il est fait de cellule à faible cytoplasme, à gros noyau arrondi, hyperchromatique. Ces éléments paraissent appartenir à la lignée lymphoïde. Cependant, quelques plasmocytes se mêlent à cet infiltrat.

" Le fait à retenir est donc la modification de l'infiltrat dermiques: perte du bariolage cellulaire, évolution vers la différenciation lymphoïde. Il serait impossible sur l'image actuelle de penser au mycosis fongoïde; on évoquerait plutôt le diagnostic de leucose lymphoïde. Il serait bon de vérifier le médullogramme " (Dr P.STREIT).

Mais, lorsque nous avons parlé de pratiquer une ponction stérile le refus nous a été opposé, tellement absolu que nous sommes restés depuis sans nouvelles de la malade.-

- Observation n°12-

-(Observation résumée)-

Mme D... Caroline, âgée de 70 ans est admise à Constantine, dans le Service de dermatologie en janvier 1959 pour érythème dermique généralisée, très prurigineuse évoluant depuis quelques mois.

Nous ne possédons pas d'autres renseignements cliniques sur cette malade.

Examen histo-pathologique d'une biopsie de peau: "L'image histologique s'accorde parfaitement avec le diagnostic de mycosis fongoïde. On note en effet sur toute l'étendue du derme moyen et profond un infiltrat très dense, polymorphe, composé de polynucléaires éosinophiles en grande quantité, d'histiocytes et parfois de cellules d'allure réticulaire à noyaux bourgeonnants, hyperchromatiques, offrant les caractères des cellules mycosiques. A noter qu'il existe une bande conjonctive dermique sous-épithéliale indemne d'infiltration. L'épiderme contient quelques foyers de spongirose, mais pas d'athèques ". (Dr. R. STREIT).

- Observation n°13-

-(Observation résumée)-

M. Bel... Saïd, âgé de 64 ans, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en février 1959 pour

érythrodermie d'origine éczémateuse siégeant au niveau du bras droit.

Le bilan lésionnel n'apporte pas de renseignements particuliers.

Examen histo-pathologique d'une biopsie du bras droit: "Epiderme généralement atrophique, traversé par quelques éléments mononucléés en exocytose. En un point, présence d'une thèque très nette contenant des cellules mononucléées. Derme: infiltrat en bande presque continue sous épithéliale, à limite inférieure nette. Cet infiltrat est très dense et relativement monomorphe, composé avant tout d'histiocytes et de lymphocytes. En profondeur, quelques plasmocytes se joignent et s'associent aux cellules précédentes. Au sein de l'infiltrat, quelques cellules à noyau volumineux, hyperchromatique, bourgeonnant. Les atypies cellulaires sont assez nombreuses. Conclusion: l'image histologique plaide en faveur d'un prémycosis". (Dr. R. STREIT).

Le malade est rapidement guéri par un traitement corticoïde et sort après quelques jours d'hospitalisation.

Il revient en novembre de la même année avec un érythrodermie siégeant cette fois sur la face antéro-interne de la cuisse gauche, accompagnée d'une discrète infiltration de la peau et un deuxième examen histo-pathologique confirme le premier: épiderme parakératose, spongieuse, hyperacanthose, exocytose mononucléée. Pas de thèque intra-épidermique. Derme: infiltrat lympho-histiocytaire dense en bande dans le corps papillaire, à limite inférieure nette, rectiligne.

En définitive: l'allure générale de la coupe, la densité de l'infiltrat, sa topographie plaident en faveur du prémycosis, mais nous n'avons pas observé de thèque ni d'image de monstruosité cellulaires (cellules mycosiques) qui permettraient d'affirmer un tel diagnostic". (Dr. R. STREIT).

A sa troisième hospitalisation, en février 1960, M. Bel... présentait des lésions érythémato-squameuses très prurigineuses et très infiltrées, siégeant sur le bras et l'hémi-thorax droits, en placards bien limités.

Examen histo-pathologique: " Epiderme : atrophique avec en un point, une petite cavité creusée en emporte-pièce dans le corps muqueux et contenant 3 cellules mononucléées dont une en mitose; cette formation évoque l'aspect d'une thèque. Derme: infiltrat assez dense, réalisant une bande discontinue sous-épithéliale, à limite inférieure rectiligne. Il est constitué de cellules histiocytaires présentant souvent des noyaux volumineux, hyperchromatiques, des lymphocytes et quelques rares plasmocytes. Conclusion: l'examen histologique plaide en faveur d'un prémycosis." (Dr. R. STREIT).

- Observation n° 14 -

-(Observation résumée)-

Morsque M. Laz... Benhalima, âgé de 33 ans, originaire de Sidi-Bessa, est hospitalisé à la Clinique universitaire de

dermatologue d'Alger en janvier 1963, sa maladie évoluait depuis trois ans.

au début de la maladie, en février 1963, apparition de prurit sur le bras gauche, les cuisses et les fesses. Les premières lésions se forment une année plus tard, à type de placards érythémato-squameux qui, au dire du malade, disparaissent 2 à 3 mois après sous l'effet du Prothionol. Dix mois après, ces lésions ont réapparu et cette fois-ci le Prothionol a été inefficace. La maladie évoluant sur un mode subaigu, le malade ne consulte qu'au début de l'année 1966. A ce moment, nombreux placards arrondis, ovalaires ou polycycliques, à limite nette comme tracée au compas, rouges-bruns, très peu squameux, infiltrés, légèrement prurigineux, disséminés à l'ensemble du tégument sauf les pieds et les mains. En outre, plaques infiltrées squameuses siégeant sur le dos, le thorax et la face. Sur la face interne du bras droit, tumeur polylobée, de 8cm/4cm, molle, ulcérée par endroits, recouverte d'une petite croûte fine. Cette tumeur repose sur un placard érythémato-squameux.

Adénopathies multiples, élastiques, de petite taille (une olive), sans périadénite, de siège axillaire et inguinal. L'état général est bon. Pas d'hépto-splénomégalie. L'examen des différents appareils s'avère normal.

Formule blanche: Hyperleucocytose à 17.400/mm³, avec très forte éosinophilie (53 %).

Biosie papillonnaire : " Hyperplasie lympho-réticulaire à prédominance histiocytaire avec présence de rares cellules mycosiques." (Dr. A. CHERID).

Biosie cutanée: " Epiderme en hyperkératose lamellaire, avec stratum spinosum souvent atrophique. La basale est, par endroits, complètement dissociée par un infiltrat inflammatoire polymorphe où prédominent les histiocytes. Dans le derme papillaire et immédiatement sous-papillaire, cet infiltrat est particulièrement dense en placards assez bien limités par rapport au derme moyen. A noter l'existence de travées inflammatoires qui ont tendance à fuser vers les couches moyennes du corps muqueux de Malpighi, sans qu'il y ait cependant de formations du type micro-abcès de Pautrier; mais au niveau de cet infiltrat, on peut distinguer des cellules particulières rappelant assez vaguement les histiocytes, avec noyau volumineux réniforme et cytoplasme vaste, acidophile, évoquant les " cellules mycosiques" décrites par Nanta. En définitive, cet aspect histologique est celui du mycosis fongofde au stade II de son évolution". (Dr. A. CHERID).

En février 1966, **syndrome ulcéreux typique**: corticothérapie progressive.

Corticothérapie: 1.200 r. Velbé. Corticothérapie prudente.

En mars 1966, **syndrome ulcéreux typique**.

En avril suivant, fonte de la tumeur mais apparition d'une éruption morbilliforme intéressant la moitié inférieure du tronc.

En avril, thrombopénie à 94.000/mm³; éosinophilie à 6p.100. Les 4 mois suivants apporteront une amélioration clinique, alors que l'éosinophilie remonte à 44 %.

En octobre 1966, on pratique un adénogramme qui montre une hyperplasie réticulaire avec éosinophilie et un médullogramme avec hyperplasie de la lignée granuleuse et éosinophilie.

En fin de l'année 1966, les lésions s'aggravent, avec des lésions palpébrales et de plages de surinfection. Fond d'oeil et acuité visuelle sont normaux.

En février 1967, les tumeurs ont gagné les tempes, le front, le dos et le thorax et deviennent très prurigineuses.

Un adénogramme montre la présence d'histiocytes malins et on note une forte éosinophilie dans la moelle(Dr. ZIDANE).

En mars 1967, fistulisation purulente d'un ganglion de l'aîne: Méthotrexate et Flabelline.

L'état du malade s'aggrave; la formule sanguine montre une anémie à 2.700.000 G.R./mm³ et 7.000 G.B./mm³. Le taux des G.B. monte à 24.600/mm³ en avril 1967 et le malade sort sur sa demande en très mauvais état général.

-(Observation due à la bienveillance de M.le Docteur GUIGUE, Médecin-chef du service de dermatologie du C.H.U. d'Oran).

-(Observation résumée):-

M. Bri... Taieb, âgé de 43 ans, originaire du douar Naïem, est hospitalisé au pavillon de dermatologie du C.H.U. d'Oran en octobre 1963 pour éruption érythémateuse non prurigineuse, évoluant depuis 11 ans au niveau des coudes et des genoux. Ce malade a déjà été hospitalisé en 1946 et en 1950. Depuis 8 mois, les mêmes éléments ont réapparu avec plus d'intensité, respectant visage et paumes des mains. Ces lésions s'accompagnent d'hyperkératose. On note quelques îlots de peau saine. Le visage présente un érythème très fin et le cuir chevelu est partiellement touché avec surinfection de la région pariéto-frontale droite.

Biopsie cutanée: "Aspect inflammatoire et polymorphisme cellulaire.....réticulo-granulomatose maligne type mycosis fongoïde". (Professeurs P. TEMIME et A. STAHL).

Evolution vers l'aggravation malgré l'administration de corticoïdes, d'antibiotiques et de chloraminophène.

Malade repris par sa famille en février 1964.

- Observation n° 16 -

-(Monsieur) Agache:

M. B. Amar, homme âgé de 27 ans, originaire de Bouakkache, es
admis à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger à
l'âge de 27 ans.

En mars 1954

Depuis environ un an et demi, apparition de placards érythé
mato-squameux, prurigineux, d'abord au niveau de la verge et
des bourses, avec extension secondaire sous forme d'un vast
placard à cheval sur le pli inter-fessier, de deux autres,
moins étalés, un à la face postérieure d'une cuisse, un à l
face postérieure de chaque coude, enfin de taches sur chaque
paupière supérieure.

Les lésions sont constituées par un tégument érythémato-
squameux, légèrement infiltré, avec augmentation des plis
cutanés et fines téléangiectasies, sans atrophie, avec légè
augmentation de la chaleur locale.

Examens biologiques:

Numération globulaire et équilibre leucocytaire: légère

anémie lymphocytaire.

Vitesse de sédimentation: après 1h., 31 mm; après 2h., 60mm

Chimie du sang: normale.

Recherche de cellules L.E.: négative.

Examen histopathologique: " Le prélèvement remis montre: un
épiderme légèrement irrégulier, généralement hyperkératosiq
avec quelques rares îlots de parakératose; discrets foyers

d'exosérose localisée dans la basale, parfois disloquée;
et de se lécher en continuant en surface avec infiltrat
relativement abondant à histio-lymphocytes. En conclusion:
l'image s'adapte au diagnostic de parapsoriasis en plaque".
(Pr. J. MONTELLIER).

En juillet 1966

lésions plus nombreuses, ayant conservé toutefois leur siège
habituel. Elles sont constituées de plaques d'un rouge
violacé, peu squameuses, avec accentuation des plis, à contours
polyvolutiques nettement arrêtés, certains d'entre eux nette-
ment infiltrés. Sur une fesse et une cuisse, le placard
évite une réserve de peau saine.

Examen histo-pathologique: "La présence de squames ortho et
quelquefois parakératosiques, l'exocytose en mouchetures du
corps muqueux, lui-même à tendance hyperacanthosique, enfin
l'infiltrat essentiellement à lymphocytes cantonné au derme
papillaire évoquent sans aucun doute le parapsoriasis. Il
n'existe sur ce prélèvement aucun élément pouvant faire
appréhender un début de dégénérescence en mycosis fongicide".
(Dr. A. CHENET).

En avril 1968

Les placards et éléments ont conservé leur même localisation,
se sont légèrement étendus, se sont quelque peu infiltrés,
sans que soient apparues de formations nouvelles.

Pas de signe fonctionnel. Etat général passable, mais non point récemment modifié.

Examen biologique

Numération globulaire et équilibre leucocytaire: anémie hypochrome franche.

Vitesse de sédimentation: normale.

Examen histologique: "Epiderme nettement atrophique, le corps muqueux est réduit par endroits à trois assises de cellules. Le derme et l'hypoderme sous-jacents sont totalement envahis par un granulome très polymorphe au sein duquel on peut distinguer quelques cellules mycosiques en caryocinèse. Par ailleurs, la vaso-dilatation capillaire est particulièrement marquée. Enfin, il n'y a aucune ulcération sur le prélèvement remis. Aspect de mycosis fongoïde à forme érythrodermique".(Dr. A.CHERID).

- Observation n° 17 -

-(Observation résumée)-

Mme. D. Adada, femme âgée de 56 ans, originaire de Cheurfa, est hospitalisée à deux reprises à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger.

En mai 1967

Placards éczémato-lichéniens avec réserves de peau saine largement étalés sur de nombreux secteurs du tégument.

Présence sur la paroi abdominale, la face inféro-interne de la cuisse gauche et au niveau de la tubérosité tibiale droite de formations surélevées, infiltrées, ulcérées par places. Prurit pénible. Pas de fièvre.

Les premiers accidents sont apparus environ 2 ans plus tôt, sous forme de taches érythémateuses accompagnées de prurit.

Examens cliniques: 4.100.000 G.R.; hématokrite 43 p.100; 7.600 G.B. avec 17 p.100 de poly-éosino; sur frottis, mononuclearité.

Médullogramme: Erythropoïèse normoplastique; légère réaction plasmocytaire.

Electrophorèse des protides sériques: Hypoalbuminémie(37,5); élévation des bêta-globulines et, plus discrètement, des gamma-globulines.

Examen histo-pathologique d'une biopsie de peau: "Épiderme le plus souvent parakératosique. Stratum granulosum atrophi- que ou absent. Corps muqueux hyperacanthosique avec spongiose intense. Micrologettes en mouchetures contenant des lympho- cytes ou des mononucléaires. Derme papillaire oedématié, infiltré massivement d'éléments mononucléaires et lympho- cytaires ne dépassant pas en profondeur la limite du derme superficiel. Par contre, cet infiltrat a nettement tendance à pénétrer le corps muqueux, provoquant en certains endroits l'effraction de la basale. Importante vaso-dilatation avec endothélite exfoliative. L'ensemble est évocateur d'un parapsoriasis" (Dr. G. G. G.).

Biopsie ganglionnaire: "Architecture normale respectée dans l'ensemble. Il existe cependant une forte hyperplasie lympho-réticulaire. Phénomènes de surcharge lipomélanique. Présence de rares éosinophiles. En définitive, on soupçonne la possibilité d'une déviation mycosique". (Dr. A. CHERTO).

Outre des soins locaux et des reconstituants, la malade reçoit du Cortancyl: 30 mg/j pendant trois mois, 25 mg/j pendant 1 mois, 20 mg/j pendant 1 mois, 15 mg/j pendant 3 mois.

Les lésions cutanées ne sont pratiquement pas améliorées.

Le poids passe de 47 kg à 72 kg.

La malade, sur sa décision, rentre dans sa famille.

En octobre 1968

La malade est hospitalisée à nouveau. Elle est restée chez elle pendant 7 mois sans traitement.

Les lésions cutanées se sont étendues. D'autres formations infiltrées sont apparues sur la cuisse gauche. Mauvais état général.

Examen hématologique: N.C.: 3.250.000; hématokrite: 30; G.B.: 6.200 avec équilibre leucocytaire normal; vitesse de sédimentation: après 1H, 53 mm; après 2H, 87 mm.

Electrophorèse des protides sériques: important abaissement des protéines (38 g/l); important abaissement de l'albumine (27,2); élévation relative des bêta-globulines et importante élévation des gamma-globulines (30,7).

Outre les soins locaux, administration de reconstituants, d'antibiotiques et de Cortancyl, celle-ci limitée au début par une rapide réintention sodée qui ne persistera pas par la suite; 30 mg/j pendant 1 mois; 20 mg/j pendant 2 mois; 15 mg par jour pendant 2 mois; 20 mg/j pendant 2 mois; 15 mg/j pendant 3 mois; 12,5 mg/j pendant 2 mois; 10 mg/j pendant 3 mois; 20 mg/j pendant 3 mois.

Au 5ème mois, apparition d'accès fébriles; au 6ème mois, nette amélioration des lésions cutanées qui persiste jusqu'à la fin du séjour à l'hôpital, mais sans parvenir à une récession complète. Le poids passe de 44 kg à 93 kg.

Au 7ème mois, une nouvelle biopsie cutanée permet les constatations suivantes: "Rares infiltrats lympho-histiocytaires dans le derme superficiel. Lichénification mineure dans l'épiderme. Conclusion: aspect d'érythrodermie sans signe d'hématodermie". (Dr. PACOT).

-Observation n°18-

-(Observation résumée)-

M. Mer... Abdelkader, homme âgé de 69 ans, originaire de Chéragas est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en juillet 1967 pour plaques nummulaires, infiltrées bien limitées, prurigineuses, siégeant sur le tronc et la racine des membres, évoluant depuis un mois.

Examen hématologique: Hématocrite, 30%; G.B., 16.800/mm³
dont 77 poly.nentro.

Sérologie de la syphilis: positive (B.W.+; K1.+; V.D.R.L.+).

Le malade quitte l'hôpital dix jours après son admission, mais il y revient un mois plus tard avec généralisation en placards des lésions cutanées primitives. Le diagnostic hésite entre un eczéma et un prénycosis. Mais, la biopsie ayant montré une image d'eczéma et les lésions cutanées étant améliorées par la corticothérapie, le malade rentre chez lui au bout d'un mois.

Nouvelle poussée en juillet 1968, et la biopsie cutanée se montre alors significative: " Sur le prélèvement remis, l'épiderme conserve encore son allure générale avec une légère hyperkératose irrégulière en surface et une hypertrophie du corps muqueux assez marquée. Le derme est le siège de thèques cellulaires surtout au niveau des papilles; cet infiltrat ne paraît pas homogène; on y retrouve essentiellement des plasmocytes, des histiocytes et quelques lymphocytes. Le fait saillant est l'exocytose en mouchetures des éléments lympho-histiocytaires au niveau de l'épiderme, toutefois sans l'exosérose. D'autre part, il n'y a pas de signe de dégénérescence mycosique. L'aspect est fortement évocateur d'un parapsoriasis hyperplasique mais la présence d'un infiltrat volontiers polymorphe et épidermotrope doit faire appréhender à juste titre le début de dégénérescence mycosique." (Pr. CL- VEDRENNE).

Le malade est soumis à un traitement par perfusions de Velbé(4 injections en un mois de 5 puis de 10 puis de 15mg pour chacune). Il sort de l'hôpital après ces 4 semaines, amélioré par le traitement.

La dernière hospitalisation remonte à mai 1970 et le malade revient en poussée nette, avec des lésions du type Alibert-Bazin: placards érythémato-squameux infiltrés, très prurigineux et tumeurs éparses dont certaines sont ulcérées. On doit noter que la corticothérapie a déséquilibré un diabète latent insulino-dépendant. Le malade est alors soumis à une insulinothérapie au long cours et le traitement comporte, outre les médications visant l'état digestif et les soins locaux, une corticothérapie prudente(doses régressives à partir de 10mg de triamcinolone), associée à une antibiothérapie.

Radiothérapie et traitement médical sont associés. Irradiation du crâne et de la face(janvier et février 1971): dose totale de 2.415 r- à raison de 300 r. par séance. Mais l'état du malade s'aggrave et M. Mer... retourne à son foyer en mars 1971 sur la demande de ses enfants.

- Observation n° 10 -

-(Observation résumée)-

M.A... Mohammed, âgé de 51 ans, originaire de Tazmalt, est admis à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en décembre 1967, présentant un placard hyperchromique, infiltré et ulcéré sur la cuisse gauche ainsi que de volumineuses

adénopathies inguinales bilatérales. Le début de l'affection remonte à 2 mois, marqué par l'apparition d'une adénopathie inguinale gauche puis droite, qui a pris la taille d'une mandarine; puis, après un mois par l'apparition d'une large plaque hyperchromique au niveau de la face postérieure de la cuisse gauche qui, par la suite, s'est infiltrée et exulcérée.

Par ailleurs, insuffisance respiratoire avec image de miliaire sur le téléthorax et fistules bronchiques à la bronchoscopie(Pr. Ag. LARBAOUI).

Numération globulaire et formule leucocytaire: G.R.:3.450.000; hématokrite: 35%; G.B.: 18.800 avec 77% p.neutro., 3% p. éosino., 19% lympho.et 1% mono.

Sur plusieurs formules ultérieurement établies, l'équilibre leucocytaire a peu varié, mais le nombre des G.B. s'est élevé jusqu'à 42.000/mm³.

Examens histo-pathologiques:

Biopsie cutanée: L'examen du prélèvement effectué montre un épiderme atrophique, presque rectiligne. Le derme sous-jacent est massivement envahi par un infiltrat cellulaire polymorphe, bigarré, qui tend à se plaquer contre la basale. Au sein de cet infiltrat prédominent des éléments cellulaires mononucléés atypiques, doués d'une activité mitotique et constitués par un vaste cytoplasme éosinophile renfermant un noyau excentré. Aspect en faveur d'un mycosis fongique."

(Pr. Ag. LARBAOUI).

Biopsie ganglionnaire: "Présence d'un granulome polymorphe constitué de lymphocytes, de plasmocytes, de polynucléaires éosinophiles et de cellules réticulaires hypertrophiques. Au sein de cet infiltrat bigarré, on retrouve en nombre peu important, des cellules du mycosis avec un noyau plus ou moins réniforme, déjeté en périphérie et un cytoplasme éosinophile, le plus souvent en mitoses atypiques. L'intégrité morphologique de la capsule est encore conservée; tout au plus peut-on noter un discret infiltrat granulomateux. Dans l'ensemble, l'architecture ganglionnaire se présente sous 2 aspects: une partie massive très cellulaire effaçant la structure histologique normale, à point de départ sous-capsulaire et correspondant à la zone de résection du ganglion; des expansions envahissantes centrifuges atteignant le reste de la capsule et des sinus sous capsulaires où il est encore possible de reconnaître les cordons médullaires. Enfin, la fibrose est généralement discrète. En définitive, un tel aspect évoque sans nul doute le mycosis fongoïde." (Dr. CHERID).

Prélèvement bronchique: "L'examen ne révèle rien de particulier. La muqueuse-bronchique est normale. Enfin quelques glandes muco-sécrétantes sont parfois dilatées ou tendent à se kystiser, sans abondance." (Dr. CHERID).

Médullogramme: "Erythropoïèse déprimée. Plasmocytes: 1 à 3%".

Fonction ganglionnaire: "Hémoréticulopathie certaine avec hyperplasie cellulaire. Hodgkin probable." (Pr. P. COLONNA).

Electrocardiogramme des protéides sériques: Hypoalbuminémie;

élévation du taux des globulines alpha 2 et gamma.

Squelette osseux: Ostéoporose diffuse, plus nette sur les petits os.

L'état général du malade est resté conservé malgré quelques pics hyperthermiques. Pendant 5 mois le malade est traité, outre une antibiothérapie générale et les soins locaux, par des injections de Velbé et par radiothérapie: 1.400 r. au total, sur 2 champs inguinaux droit et gauche.

Son état s'étant nettement amélioré, le malade quitte l'hôpital. Il a, depuis, été perdu de vue.

- Observation n° 20 -

-(Observation résumée)-

M. Cnefr... Ahmed, homme âgé de 86 ans, originaire de Sétif, est admis en septembre 1968 à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger.

Environ 4 mois plus tôt est apparue une éruption polymorphe, en placards, au niveau d'une cuisse, d'un triangle de Scarpa et du dos, accompagnée d'un prurit intense. Rapidement, ces formations se sont infiltrées, puis indurées, prenant une teinte rouge-violacée; puis, 1 mois et demi à 2 mois plus tard, des tumeurs grossièrement arrondies, dures, bourgeonnantes se sont développées sur les placards de l'aîne et du dos. Etat général précaire. Température normale.

Examens biologiques :

Hémogramme: 3.600.000 G.R., avec hématocrite à 34p.100;
13.600 G.B., avec équilibre leucocytaire normal; aucune
anomalie cytologique;

Médullogramme: " Densité cellulaire normale. Toutes les
lignées sont présentes, mais la lignée rouge est déprimée:
les érythroblastes, de type normoblastique, et surtout
mûrs, forment 10 à 12% des éléments nucléés". (Pr. P. COLONNA).

Vitesse de sédimentation : après 1h., 33mm; après 2h., 58mm;

Electrophorèse des protides sériques: taux de protéines:
66g/l, avec chute de l'albumine à 25,2g/l et élévation de
toutes les globulines, particulièrement des globulines
alpha et bêta.

Examen histo-pathologique: " Epiderme généralement atrophique.
Derme entièrement envahi par un infiltrat cellulaire bigarré,
à affinité épidermotrope, où l'on distingue des cellules
monstrueuses évoquant par l'aspect celles du mycosis fongoïde".
(Dr. A. CHERID).

Le malade est soumis à un traitement comportant, outre des
reconstituants, des perfusions chaque jour de Trophysan et
une antibiothérapie, l'administration quotidienne de 25 mg de
Cortisol. Mais l'état s'altère rapidement et le malade est
repris par les siens, au bout de 5 semaines, dans une
situation désespérée.

-(Observation publiée par MM. F.-G.MARILL et M.-F.FARAG(63)-

-(Observation résumée)-

M.B.. Youcef, 56 ans, originaire de Sétif, est hospitalisé à Constantine en septembre 1968 pour des lésions du scrotum et de la verge qui sont apparues depuis environ un mois et demi, précédées pendant environ deux mois par un prurit assez intense, puis par de la fièvre, puis par l'hypertrophie des ganglions inguino-cruraux.

Sur le scrotum, noyaux dermiques élastiques en gros grains de plomb, nodosités plus volumineuses, petites tumeurs dont certaines sont finement exulcérées. Sur la verge, formations comparables mais plus petites. Volumineuses adénopathies qui déforment les loges sous-maxillaires, sus-claviculaires, inguinales et crurales: tous les ganglions accessibles à l'examen clinique sont augmentés de volume. La rate débordant des fausses côtes de 4 cm. Discrète hépatomégalie.

Le reste de l'examen somatique n'apprend rien, mis-à-part une anémie et une asthénie intenses, et une courbe thermique irrégulière, s'élevant jusqu'à 38°7.

Exam. hématologique: 1.300.000 G.R.; 24.000 G.B. dont 5,5 p. neutro..86,5 lympho., 2,5 lymphoblastes, 5,5 monocytes dont certains sont atypiques.

Médullogramme: " Présence de quelques éléments jeunes; les éléments de la myélopofèse normale sont inférieurs à 5%;

envahissement lymphocytaire par des lymphocytes vieux, à l'exception de 6 à 8 % d'éléments plus jeunes (lymphoblastes ou prolymphocytes)" (Pr.ag. P. COLONNA).

Spinel-ramet "La majorité des cellules sont des lymphocytes murs; il y a moins de 1p.100 de lymphoblastes" (Pr.ag.P. COLONNA).

Examen histo-pathologique: "La coupe montre une lésion exsudative avec des petites érosions en surface. Un infiltrat dermique composite montre surtout des monocytes difformes et aussi des lymphocytes, des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. On ne trouve pas l'aspect habituel des leucémides- En conclusion, la lésion du scrotum évoque en premier lieu un mycosis fongique". (Pr.B. DUPERRAT).

Le traitement comporte, outre l'administration de fer et de vitamines, quotidiennement une transfusion de 200cc de sang total, de 30 puis de 40mg de prednisone, 8mg de chloramphénicol. Après un plateau de 4 jours, reprise de l'état général et diminution du volume des ganglions. Mais la mort survient brutalement après 2 à 3 heures d'un état confusional avec agitation.

- Observation n° 22 -

-(Observation résumée)-

Mme. Th.. Zoulikha, âgée de 66 ans, originaire de Saint-Donat, est hospitalisée à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en janvier 1969.

Deux années plus tôt, apparition d'éléments érythémato-squameux sur le membre supérieur gauche, accompagnée de fièvre. Actuellement, érythème généralisé, accompagné d'un prurit intense, et surtout plaques squameux plus intenses sur la face, les paumes et les plantes. Aucun antécédent notable, sauf la notion d'hémorragies extrêmement abondantes et prolongées à l'occasion de chaque accouchement. Soie côbordant de 1 travers de doigt le rebord des fausses-côtes. Pas de splénomégalie, Adénopathie sous-maxillaire gauche, axillaire bilatérale et inguinale gauche. Température normale.

Examens biologiques: Numération des G.B.: 12.900/mm³, avec équilibre leucocytaire normal.

Vitesse de sédimentation: après 1h., 13mm; après 2h., 43mm.

Examens chimiques: normaux.

Examen histo-pathologique: " Epiderme parakératosique et hyperacanthosique. Le derme papillaire est occupé par un infiltrat polymorphe. On observe une tendance à l'exocytose au sein du corps muqueux. Cet infiltrat comprend des lymphocytes, des plasmocytes, des polynucléaires, des histiocytes, des cellules réticulaires. Au sein de cet infiltrat, on observe aussi des cellules destructrices, souvent en mitose atypique, de type monocytaire à noyau encoché, excentré et à cytoplasme éosinophile évoquant le mycosis fongoïde". (Dr. A. CHERID).

Le traitement comprend, outre des reconstituants, l'administration d'antibiotiques et de triamcinolone (20mg/j pendant 1 mois, 16 mg/j pendant 20 jours, 12mg/j pendant 20 jours). La malade décide alors de retourner à son foyer: l'état général s'est sensiblement amélioré (poids passé de 46 kg à 50 kg); les lésions cutanées ont franchement régressé.

Observation n° 23 -

-(Observation résumée)-

M. Am... Ahmed, âgé de 44 ans, originaire de Kerrata, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en juin 1969 pour éruption érythémato-squameuse et tumorale, prurigineuse, très étendue.

Le début remonte au mois d'avril précédent, marqué par l'apparition au niveau de la hanche droite et du coude gauche de petites plaques érythémateuses et prurigineuses. Ces lésions s'entendent très rapidement et puis se forment des tumeurs dont certaines s'ulcèrent.

Bon état général. Apyrexie. Tension artérielle: 14/8.

Examen hématologique: Hématocrite, 47 p.100; G.B., 13.700 dont poly.neuro., 88; poly.éosino., 2; lympho., 8; mono., 2. V.S.: 12/20.

Médecine interne: Sans particularité notable. Densité cellulaire normale. Erythrocytes normochromiques (70 p.100 les éléments). (Pr.P.COLONNA).

Biopsie cutanée: " On trouve au niveau du derme superficiel, plaqué contre la basale, un infiltrat constitué de cellules polymorphes, lymphocytes, polynucléaires, cellules réticulaires dystrophiques. Cet infiltrat fuse également le long des vaisseaux et des annexes. Il s'agit d'un mycosis fongicide".
(Dr. L. ...)

2ème biopsie cutanée : " Gros infiltrat cellulaire bigarré typique de mycosis fongicide." (Pr. B. DUPEPRAT).

Protidogramme: Taux de protéines: 70g/l; albumine: 43,5p.100; globulines: alpha 1: 5,1; alpha 2: 12; bêta 1: 16,7; bêta 2: 6,9; gamma: 15,8 p.100.

Le malade est soumis à une polychimiothérapie (Caryolysine, Natulan, Oncovin), associée à la corticothérapie et à la radiothérapie locale par champs séparés (inférieure à 1.500 r). L'état général s'altère de façon continue et le malade meurt dans un état cachectique en février 1970.

- Observation n° 24 -

(Observation due à la bienveillance de M. le Docteur GUIGUE, médecin-chef de service de dermatologie du C.H.U. d'Oran).

-(Observation résumée)-

Mme. Sek... Kheddoudja, âgée de 56 ans, originaire d'Oran, est admise au pavillon de dermatologie d'Oran en mars 1971 pour éruption érythémateuse, finement squameuse; en larges

placards disséminés, évoluant depuis quatre mois, accompagnée de prurit, diarrhée, fièvre et céphalée.

L'atteinte cutanée prédomine aux membres inférieurs où elle a débuté avant de se généraliser à tout le corps. Par ailleurs, l'état général est peu altéré et il n'y a pas d'adénopathies dans les aisselles, ni d'hépatosplénomégalie.

Hémogramme: 3.300.000 G.R. et 2.500 G.B. avec 63 P.N., 2 P.E., 4 lympho- et 1 mono/100. Vitesse de sédimentation: 1^è h., 8; 2^{ème} h., 25.

Biopsie cutanée: "Infiltrat polymorphe dans le derme papillaire en bande à affinité épidermotrope. On observe des cellules manifestement malignes de type monocytaire rappelant les cellules de NANTA. Conclusion: mycosis fongoïde en début d'évolution." (Dr. A.CHERID).

Sous administration de corticoïdes, avec adjuvant de soins locaux, la régression des lésions est assez rapide. La malade peut sortir en mai 1971. Elle est à l'heure actuelle toujours saine en l'absence de soins et la rémission dure toujours (mars 1972).

- Observation n° 25 -

-(Observation due à la bienveillance de M. le Docteur LITWIN, Médecin-chef du service de dermatologie du C.H.U. d'Oran).

-(Observation résumée)-

Mme. Ma... Badra, âgée de 50 ans, originaire d'Oran, est admise au pavillon de dermatologie du C.H.U.d'Oran en mai 1971

pour plaques érythémato-squameuses et prurigineuses, disséminées sur tout le corps et évoluant depuis 3ans par poussées successives. Même la face et le cuir chevelu ne sont pas épargnés. Altération de l'état général. Polyadénopathies généralisées, sans hépato-splénomégalie. La pression artérielle est à 17/10. Température à 38°C.

Hémogramme: 4.300.000 G.R. et 16.800 G.B; dont 68p.100 de lymphocytes(surtout jeunes).

Biopsie cutanée:" Il s'agit d'un infiltrat du derme papillaire et sous papillaire composé d'une grande variété de types cellulaires: des histiocytes, des cellules réticulaires jeunes, des lymphocytes et des plasmocytes. On observe des mitoses. L'aspect histologique peut correspondre à une forme érythémateuse de mycosis fongoïde ou à un lymphome à cellules réticulaires."(Pr. Z.CH LAP).

La malade est soumise à un traitement à base de corticoïdes, cyclines, calmants et antifongiques.

Elle sort en novembre 1971, très améliorée et suit son traitement en ambulatoire, avec des contrôles assez fréquents. Elle a été revue en janvier 1973, en bonne situation locale et générale.

- Observation n° 26 -

-(Observation résumée)-

M. Ou.....Tahar, homme âgé de 64 ans, originaire de Lafayette, est admis à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger

en novembre 1971 à la suite de l'apparition de formations nodulaires, violacées, disséminées, mais prédominant sur la face. Le début s'est marqué 6 mois plus tôt par l'apparition d'une angine tenace et d'un érythème siègeant sur les mains et les membres inférieurs.

Les lésions nodulaires actuelles sont apparues après 3 mois d'évolution et d'extension de l'infiltration érythémateuse initiale violacées, elles siègent en de multiples points du tégument, mais se rassemblent sur le visage sur lequel la peau est en nappe infiltrée et érythémateuse. Par la suite, certaines d'entre elles ont pris un aspect tumoral, avec des plaques de surinfection. On en retrouve également au niveau de la muqueuse de l'oropharynx et de la cavité buccale.

Profonde asthénie. Etat subfébrile. Dysphonie. Poids: 48 kg.

Hémoграмme: Hématocrite: 47%; G.R.: 4.800.000; plaquettes: 100.000; G.B.: 16900 avec équilibre normal; V.S.: 90/96.

Examens histo-pathologiques:

-Biopsie cutanée: "La coupe confirme le diagnostic d'hématodermie. L'infiltrat est biphasé, avec des monocytes monstrueux qui émigrent vers l'épiderme en formant des thèques de Pautrier. Conclusion: plutôt qu'une réticulose monocyttaire, la coupe suggérerait un mycosis fongicoïde." (Pr.B.DUPERRAT).

-Après exérèse d'un papillome du larynx: "La coupe montre un papillome de la bande ventriculaire. Mais ce n'est pas un

papillome bénin. Il est dyskératosique avec des cellules à transition. Donc, un état immédiatement pré-néoplasique, état qui correspond parfaitement avec le terrain hémato-dermique. Conclusion: papillome dyskératosique du larynx." (Pr. B. DU-PERRAT).

* Biopsie d'une tumeur de la paupière supérieure gauche: "tumeur de la paupière à différenciation sébacée".

Outre les soins locaux, des reconstituants et une antibiothérapie, le traitement se fonde sur la radiothérapie (3.900 r. en 13 séances). Mais le décès survient deux mois après l'hospitalisation.

- Observation n° 17 -

-(Observation publiée par MM. E. HADIDA et coll.(38)-

-(Observation résumée)-

L... Albert, homme âgé de 50 ans. Aucun antécédent pathologique

En mai 1937, à l'âge de 40 ans, adénopathie inguinale droite, indolore, du volume d'une amande. En janvier 1938, taches érythémateuses immolaires, prurigineuses, situées au-dessous des mamelons, de taille qui augmente progressivement dans les mois suivants. Puis, apparition d'autres éléments sur les cuisses, sur le thorax, enfin sur le cou. En février 1946, vastes nappes érythémato-squameuses prurigineuses, occupant largement tronc et membres.

Hémogramme: G.R.: 5.120.000; G.B.: 10.400, avec équilibre leucocytaire normal.

En avril 1946, amélioration clinique. Mais un mois plus tard, apparition d'une volumineuse tuméfaction de l'aisselle droite de type inflammatoire. Volumineuses adénopathies sous maxillaire et inguinale gauches. Rate perceptible. Température à 37°3-38° avec quelques clochers à 40°C.

Examens histopathologiques:

1. Parcellaire: " Dans le derme se voit un infiltrat cellulaire à nappes. Les cellules sont tassées les unes

contre les autres et s'accumulent en véritable culture dans le derme papillaire ; elles sont plus clairsemées dans les plans profonds où elles se glissent en coulées moins denses dans les espaces conjonctifs, le long des gaines vasculaires, nerveuses et glandulaires. L'infiltrat n'atteint pas l'hypoderme. Ces cellules dont la nature réticulo-histiocytaire ne fait aucun doute ont une taille moyenne de 25 microns. Cytoplasme amphophile peu abondant et mal limité. Noyau ovalaire; réseau chromatinien délié et souvent un nucléole bien visible. Le noyau est parfois encoché, déformé, à contour festonné, souvent contracté; sa chromatine s'épaissit, sa taille diminue, le nucléole disparaît. On trouve peu de mitoses; en revanche les amitoses sont fréquentes".

2. Ganglion: "La structure normale du ganglion a disparu. Nappe diffuse de cellules du même type que celles que nous venons de décrire, mais où prédominent des formes jeunes. L'infiltrat s'étend le long du réseau cellulo-adipeux péri-ganglionnaire. En somme, infiltrat diffus cutanéoganglionnaire de réticulo-histiocytose."(Pr. J.M. MONTPELLIER).

En juillet-août 1946: Semi-téléroentgentherapie: 8 séances de 120 r, réparties en 4 champs. Amélioration passagère, puis exacerbation violente des manifestations cliniques.

Hémogramme du 20 août 1946: G.R., 3.920.000; G.B., 7.000; poly.neutro.. 82,5; éosino., 4,5; mono., 2,5; lympho., 4,5.

Le malade quitte l'hôpital et décède chez lui au début de septembre.

-(Observation résumée)-

-(Observation publiée par MM.E.HADIDA et coll.(36)-

J...S.,homme européen,âgé de 59 ans.

En mars 1944,apparition de lésions kératosiques et fissuraires palmo-plantaires. Très rapidement se réalise le tableau d'une érythrodermie exfoliative avec pigmentation de la face,infiltration cutanée,prurit d'une extrême violence,adénopathies multiples. Rate perceptible.

En septembre 1946: G.B.,13.040; poly.neutro.,46; éosino.,5; lympho.,45; mono.,5.

En avril 1947,examen histo-pathologique d'un ganglion:" Hyperplasie diffuse sans caractères tranchés portant sur les deux lignées lymphocytaire et réticulaire".

En juin 1947: G.B.. 21.900; poly.neutro., 24,5; éosino.,3,5; lympho., 69,5; mono,3,5;nombreux lympho.jeunes. Myélogramme normal.

En janvier 1948: G.B., 52.400; poly.neutro.,24; éosino.,2; mono.,1; lympho.,49; cell.atypiques, 24; myélogramme normal.

De janvier à juillet 1948: roentgenthérapie puis extraits antéhypophysaires et cortico-surrénaux.

Dans le même temps: exagération de la pigmentation; oedèmes des membres inférieurs avec éruption papuleuse de coloration vineuse; apparition de deux nodosités de la taille d'une cerise dans les régions axillaires; infiltration du sourcil gauche, dure, de la taille d'un oeuf de pigeon.

Dans le sang: éléments atypiques de 15 microns de diamètre, à cytoplasme hyalin peu abondant; noyau volumineux, encoché,

à contours irréguliers.

Biopsie des nodosités: "Infiltrat cellulaire dermo-hypodermique, assez dense dans le derme papillaire, moins important dans le derme profond, se développant largement dans l'hypoderme. Cet infiltrat est formé de cellules de 20 à 30 microns environ, à cytoplasme amphophile peu abondant, renfermant un noyau à chromatine déhiée avec volumineux nucléole. De ce type dérivent des cellules dont les noyaux sont à chromatine plus grossière à contour encoché ou festonné avec ou sans nucléole. D'autres cellules n'ont plus que la taille d'un lymphocyte, mais la forme du noyau reste irrégulière. On trouve par endroits des lymphocytes vrais. Certaines cellules ont phagocyté du pigment ocre. Sur l'une des préparations, on a l'impression d'une véritable culture de cellules dont le cytoplasme, souvent difficile à distinguer, ne contient pas d'inclusions. Nombre de ces cellules renferment 2,3 et même 5 ou 6 noyaux". (Pr.P.LAFFARGUE).

Parcelles cutanées érythrodermiques: " Dans le derme papillaire, infiltrat plus ou moins important de cellules histiocytaires. Sur certains prélèvements, présence de nombreuses cellules anormales ayant les mêmes caractères que les cellules décrites dans les nodosités". (Pr.P.LAFFARGUE).

Ganglions: "Infiltrat analogue à celui de la peau et des nodosités". (Pr.P.LAFFARGUE).

Après une brève amélioration due au traitement, l'état du malade s'aggrave et le décès survient en juillet 1948.

Autopsie: On ne retrouve pas dans les organes les infiltrats observés au niveau de la peau et des ganglions.

- Observation n° 29 -

-(Observation publiée par MM. E. HADIDA et coll.(39)-

-(Observation résumée)-

Fillette G... Delhia, âgée de 5 ans est hospitalisée à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en septembre 1948. Pas de renseignements précis concernant la succession des accidents. L'enfant est conduite à consulter un chirurgien puis en dermatologie: lésions destructrices de la lèvre supérieure, tumeurs multiples au niveau de la face et de la région sous-maxillaire gauche. Mutilations importantes, surtout centro-faciales: ulcérations profondes et tumeurs d'aspect fongiforme, de la taille d'une mandarine, de teinte rouge ou rouge-violacée, au nombre de quatre. Polymicroadénopathies cervicales, axillaires, épitrochléennes et inguinales. Pâleur, amaigrissement. Cuti-réaction à la tuberculine faiblement positive.

Hémogramme: G.R., 2.600.000/mm³; hémoglobine, 60%; V.G., 0,95; G.B., 13.000/mm³; poly.neutro., 74; lympho., 16; mono., 10.

Sérologie de la syphilis négative.

Radiographies des os de la face et du crâne ainsi que du rachis, du thorax, du bassin et des membres: pas d'altération visible.

Frottis après grattage de l'ulcération naso-génienne gauche: " Au milieu d'éléments normaux du tissu conjonctif et du sang, quelques cellules présentant les caractères

des cellules réticulaires sarcomateuses: taille nettement augmentée atteignant 35 et même 45 microns, cytoplasme clair, de teinte gris-pâle, souvent vacuolisé; présence dans certaines d'entre elles de petites inclusions rondes, rose-pâles, avec parfois un centre achromique. Noyaux boursoufflés et bourgeonnants, parfois multiples, souvent en dégénérescence vacuolaire". (Dr. TRABUT).

Frottis après ponction de la masse sous-maxillaire gauche: "On voit les mêmes cellules réticulaires sarcomateuses, mais en très grand nombre; elles représentent plus de 95% des éléments cellulaires; on note de nombreuses amitoses généralement incomplètes. Les monocytes et les polynucléaires sont très rares; on ne trouve pas de lymphocytes". (Dr. TRABUT).

Examen histo-pathologique d'un fragment de la tumeur sous-maxillaire gauche: "Image de réticulo-sarcome à structure alvéolaire". (Pr. J.M. MONTPELLIER).

Myélogramme: pas de cellules sarcomateuses.

Adénogramme: d'aspect normal.

Il s'agit donc probablement d'un réticulo-sarcome purement cutané.

-Observation n°30-

-(Observation résumée)-

Mme Kh...Khedidja, âgée de 47 ans, est admise à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en juin 1951 dans un

état éléphantiasique de la face, avec prurit intense et surinfection.

Le début remonte à un mois et les lésions cutanées gagnent le thorax et jusqu'à la région épigastrique qui deviennent tuméfiés, violacés.

Volumineuses adénopathies épitrochléennes et inguinales avec discrète splénomégalie. Température oscillant entre 37°5 à 38°C.

Les manifestations cliniques progressent rapidement puisqu'en une semaine les lésions cutanées gagnent jusqu'aux racines des membres inférieurs, tandis que la rate devient palpable sur 4 travers de doigt.

Numération globulaire et formule leucocytaire: 4.400.000 G.R.; 44.400 G.B. dont p.neutro.: 43;p.éosino.:3; mono.: 21; lympho.: 23.

Médullogramme: "Hyperplasie très nette de la lignée granulocytaire. Inversion de la courbe de maturation avec prédominance de formes jeunes: myéloblastes et promyélocytes. Absence de formes anormales".(Dr. TRABUT).

Examen histo-pathologique: "Derme et hypoderme infiltrés par des nappes massives de cellules histiocytaires assez polymorphes, en mitoses fréquentes, contournant sans les détruire les formations pilo-sébacées. Examen très en faveur d'une réticulose maligne".(Pr. P.LAFFARGUE).

L'état de la malade évolue vers l'aggravation entre-coupée de courtes périodes d'amélioration et le décès survient dans un tableau de surinfection.

- Observation n° 31 -

-(Observation publiée par MM. F.G. MARILL et R. STREIT(59))-

-(Observation résumée)-

M. B...roland, âgé de 25 ans, originaire de Philippeville, est hospitalisé à Constantine en mai 1952 pour ulcération étendue dont le début remonte à dix-huit mois.

Sur la face antéro-interne de la moitié supérieure de la jambe droite, ulcération profonde de 3 à 4 cm de diamètre, à fond rouge, à bords irréguliers, donnant peu de pus.

Ulcérations plus petites sur la face antéro-externe de la cuisse et des placards infiltrés non encore ulcérés, sur le tiers inférieur de la jambe droite. Sur la jambe gauche, quelques petites ulcérations, placards érythémato-squameux et plages d'hyperpigmentation. Sur les avant-bras, lésions ulcéro-croûteuses à gauche et lésions érythémato-squameuses non ulcérées à droite. Adénopathie inguinale, bilatérale, discrète et gros ganglion d'allure inflammatoire au niveau du Scarpa. Discrète hépatomégalie. Amaigrissement de 8 kg en 8 Mois. Température oscillant entre 37° et 38°C.

En juin 1952, le malade présente une crise convulsive de trente minutes, sans annésie post-critique.

Examens radiographiques: petite érosion de la crête tibiale droite. Images de micrologettes sur les 2è et 6è côtes gauches.

Hémogramme: G.R., 4.400.000; G.B., 8.600 dont 68 poly.neutro., 10 mono. et 21 lympho. Hémoculture négative.



Ponction d'un ganglion inguinal droit: " Réaction lymphocytaire nette. Réaction réticulaire discrète. Pas de cellules anormales." (Dr. TRABUT).

Médullogramme: " Moelle normalement active". (Dr. TRABUT).

Examen du pus des ulcérations: " Présence de staphylocoque doré sensible seulement à la chloromycétine".

Cytodiagnostic sur l'ulcération de la jambe droite:

"Nombreuses-cellules réticulaires dont quelques unes sont nucléolées". (Dr. R. STREIT).

Examen histo-pathologique d'un prélèvement de la jambe droite (grande ulcération): " La totalité du derme et la portion d'hypoderme visible sur le prélèvement sont envahis par un infiltrat monomorphe, très dense, de cellules d'aspect réticulaire et monocytaire. Ces éléments ont un cytoplasme peu abondant, aux limites indécises, un noyau ovalaire, parfois encoché, à chromatine abondante disposée en un fin réseau parsemé de 2 ou 3 mottes chromatinienues et contenant un nucléole petit. Les mitoses sont nombreuses et les atypies cellulaires sont fréquentes. Les annexes ont complètement disparu. L'infiltrat laisse subsister quelques travées conjonctives. L'épiderme est atrophique. Quelques bourgeons épithéliaux interpapillaires, filiformes, pénètrent dans la nappe cellulaire dermique. Il n'existe nulle part de bande saine sous-épithéliale. Conclusion: réticulose métaplasique maligne". (Dr. R. STREIT).



Examen histopathologique d'un fragment du ganglion du triangle de Scarpa droit: "Le dispositif architectonique du ganglion a presque complètement disparu. La capsule est respectée et très nette. On note: une hyperplasie diffuse des différentes lignées, cependant plus marquée au niveau des éléments réticulaires; une nette tendance à la fibroblastose avec capillarite importante; l'absence de plasmocytes et de bariolage cellulaire. En définitive, image d'adénite subaiguë, sans signature étiologique; pas de processus leucosique sur ce ganglion". (Dr. R. STREIT).

Le malade est resté à l'hôpital pendant 7 mois durant lesquels son état général s'est progressivement altéré malgré le traitement (antibiothérapie).

Il est sorti le 25 octobre 1952 et a, depuis, été perdu de vue.

- Observation n° 32 -

-(Observation résumée)-

M.G.. M'hamed, homme âgé de 55 ans, originaire de Boghari est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en février 1953.

Erythème nodulaire au cours d'une hémato dermie.

Diagnostic histologique: "Réticulose métaplasique de la peau et de ganglions." (Dr. R. STREIT).

Décès au 3ème mois de l'hospitalisation.



- Observation n° 33 -

-(Observation résumée)-

Le jeune B...Mohamed, âgé de 13 ans, originaire d'Oran, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en avril 1953 pour lésion ulcéreuse avec infiltration dure de la cuisse et de la fesse droites, évoluant depuis 2 ans.

L'extension s'est faite progressivement, sans douleur, mais l'infiltration a fini par gêner les mouvements du membre inférieur droit.

Examen clinique: Ulcération de 5 cm x 4 cm, à fond sanieux, un peu bourgeonnante, sous le pli fessier droit et oedème dur au niveau de la cuisse droite. Pas d'antécédents notables. Teint jaune pâle avec un aspect de rachitique; adénopathies cervicales et axillaires; discrète splénomégalie.

Examen histo-pathologique: " La parcelle remise montre, au niveau de l'épiderme, un épithélium malpighien kératinisant normal et une basale fortement pigmentée. Au niveau du derme, le maximum de lésion siège dans le chorion où se trouve un infiltrat constitué par des éléments cellulaires mononucléés d'aspect, certains lymphocytoïdes, la plupart à évolution nettement plasmocytaire. Dilatation importante de nombreux vaisseaux. En définitive: image de réticulose orthoplasique à évolution lympho-plasmocytaire". (Dr. R. STREIT).

Méduillogramme: "Bonne diminution des cellules de la série granulocytaire et augmentation de celles des séries monocyttaire et plasmocytaire, avec augmentation des histiocytes. Pas de mégacaryocytes. Rares hématozoaires (plasmodium malariae)." (Dr. L. ALCAY).

Cyto-diagnostic sur ponction de nodule cutané: "Très nombreuses cellules réticulaires". (Dr. L. ALCAY).

Examen hématologique: 1.600.000 C.P., 3.300 G.B. dont 84% poly.neutro; 0,5% poly.baso.; 3,5% p.éosino.; 5 mono.; 7 lympho.; hémoglobine: 90%; V.G.: 0,97.

Le malade est d'abord traité par voie générale et locale en raison d'une surinfection staphylococcique de l'ulcération; puis, radi thérapie pénétrante, avec un bon résultat immédiat. Cette radiothérapie prit fin le 25 juin 1953 (Dr. A. BLONDEAU): 200 kw, 1 cu, 50 cm, 100 f par séance, 4 champs:

- 1 champ sus pubien: 10 x 15;
- " " cuisse antérieure: 15 x 20;
- " " fessier: 12 x 18;
- " " cuisse postérieure: 15 x 20.

Chaque champ a été irradié 3 fois.

Le malade a été, par la suite, perdu de vue.

- Observation n° 34 -

-(Observation publiée par MM. F.G.MARILL et Ed. TIMSIT(58)-

-(Observation résumée)-

R.L.....,homme âgé de 30 ans, est admis au service de dermatologie du C.H.U. de Constantine en février 1953.

Trois ans plus tôt, au niveau du genou et de l'articulation tibio-tarsienne gauche, douleurs lancinantes, sans irradiation, sans autre manifestation associée. Ces algies se sont répétées, discontinues, pendant deux années environ, au bout desquelles se sont constitués successivement un oedème de tout le membre inférieur gauche, puis, à la face antérieure de la jambe gauche, des nappes infiltrées, profondes, qui sont devenues saillantes et se sont rapidement ulcérées.

Membre inférieur gauche déformé sur toute sa hauteur par un oedème important et dur. Jambe gauche d'aspect massif, sur toute sa face antérieure, bosselures jointives, inégales, séparées par des vallonnements profonds. Tégument dur, cartonné, prenant mal le pli. A partir du milieu de la jambe et au-dessous, les bosselures sont creusées d'ulcérations irrégulières, inégales, à fond propre. Prurit léger et inconstant.

Depuis trois mois, à la face interne de la cuisse gauche, nodosité de la taille d'une noix, surélevée, érythémateuse, faisant corps avec le plan profond; nouure fusiforme, mobile sur tous les plans.

17. *...*

18. *...*

19. *...*

20. *...*

Dans l'aîne gauche, volumineuse adénopathie, grosse comme un oeuf de cane.

Rien à retenir des antécédents, ni de l'examen somatique.

Etat général bien conservé. Température normale.

Hb., 3.900.000; Hg, 90 p.100; V.C., 1,1; G.B., 24.500;

p.neutro., 85; lympho., 5; moyens mono., 10.

Vitesse de sédimentation: après 1h., 12mm; après 24h., 50mm.

Réaction de la syphilis: négative.

Édulouage(sur 500 éléments): normal.

Cytodiagnostic sur la nodosité de la cuisse (Dr. L. ALCAY):

" Nombreuses cellules réticulaires ayant presque toutes perdu leur cytoplasme, avec noyaux sans nucléoles atypiques".

Examen histologique d'un fragment de la masse tumorale de

la jambe gauche: " La parcelle remise montre un épiderme

kératinisé normal. Derme: zone papillaire congestive, avec

nombreux vaisseaux dilatés. Au-dessous, infiltrat dense,

diffus, constitué essentiellement par des éléments à proto-

plasma étalé, à noyaux irréguliers, le plus souvent encochés,

avec très nombreuses monstruosité et quelques mitoses.

Quelques-uns de ces éléments sont très volumineux, à gros

noyau polylobé, bourgeonnant, à chromatine finement réticulée.

L'origine réticulaire est certaine.

Quelques plages sont riches en éléments à noyau arrondi,

foncé, d'aspect lymphocytaire. D'autres plages, enfin, con-

tiennent d'assez nombreux plasmocytes. Vasculite importante

avec sclérose des capillaires. Traînées de fibroblastose.

En définitive, image de réticulose maligne métaplasique,

de type surtout réticulaire, avec toutefois en quelques

points une évolution lympho-plasmocytaire" (Fr. P. LAFFARGUE).

Traitement par radiothérapie pénétrante:

-sur l'adénopathie inguinale gauche: en 34 jours, 7.500 r (3 champs, antérieur, latéral et postérieur; 10 séances par champ; 2500 r par champ; 200 kV; 12 mA; 15/10 Cu; distance focale: 40 cm);

-sur la jambe gauche: début des applications 7 jours après la fin du traitement précédent; en 7 semaines, 7.250 r répartis

en 25 séances;

-à nouveau sur l'adénopathie inguinale gauche et sur la face interne de la cuisse: début des applications 28 jours après la fin du traitement précédent; 2 champs, inguinal, crural; application quotidienne en alternance 1 jour sur 2 sur chaque champ; 200 r par séance; dose totale: 2300 r sur la région inguinale, 2500 r sur la région crurale.

Deux mois après la fin du traitement, résultat immédiat parfait.

Disparition de l'œdème, des infiltrations et des nodosités de la cuisse et de la jambe; cicatrisation des ulcérations;

l'adénopathie inguinale a fondu.

Le malade, par la suite, a été perdu de vue.

- Observation n° 35 -

-(Observation résumée)-

M. L... Amar, homme âgé de 37 ans, est admis en avril 1955 à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger pour infiltration rosée du 1/3 inférieur de la pyramide nasale et de la lèvre supérieure; exulcérations surinfectées au niveau de la face d'allure lupique; perforation de la voûte palatine avec destruction de la cloison et du plancher des fosses nasales.

Début en 1952 en France: traitement anti-syphilitique prolongé, sans résultat.

Par ailleurs, altération de l'état général; broncho-pneumopathie.

Formule sanguine normale. Sérologie de la syphilis négative.

Examen histo-pathologique d'une biopsie de la lèvre supérieure: "Couche fibrino-leucocytaire en surface et le derme est envahi par un infiltrat dense de cellules réticulaires offrant des signes cytologiques de malignité.

Conclusion: réticulo-sarcome ". (Dr. R. STREIT).

Outre un traitement à base d'antibiotique et d'anti-inflammatoire par voie locale et générale, la radiothérapie est dispensée pendant 1 mois (dose totale: 5.400 r).

Le malade quitte le service, en très bon état, en février 1956, après la pose d'une prothèse en O.R.L.

- Observation n° 36 -

-(Observation résumée)-

M.T. Belkacem, homme âgé de 30 ans, originaire d'EL-Milia, est hospitalisé à l'hôpital en 1957.

Deux mois et demi à trois mois plus tôt est apparue dans la région médio-sternale une formation nodulaire qui s'est régulièrement et assez rapidement développée. Lors de l'hospitalisation, tumeur appliquée en maxeron sur la peau, d'un rouge violacé, des dimensions d'une grande paume de main, à centre largement ulcéré soit un fond fongueux.

Depuis quelques semaines, tuméfaction siégeant à hauteur du rebord orbitaire droit et de la paupière supérieure, non ulcérée, froide.

Foie massif, dur, lisse, débordant les fausses côtes de 15 cm., s'accompagnant d'un syndrome pseudo-liquidien de la base droite. Rate dure, lisse, enclavée, débordant les fausses-côtes de 6 cm.

Examen radiologique: Absence de lésion osseuse du frontal et du sternum.

Examen histo-pathologique: " Le prélèvement examiné concerne une néoplasie. Celle-ci est constituée d'une nappe dense de cellules à noyaux irrégulièrement ovalaires, à cytoplasme éosinophile très réduit, ayant l'aspect de cellules réticulaires. Nombreuses mitoses atypiques. Conclusion: Réticulo-sarcome". (Dr. R. STREIT).

Le malade est évacué sur le Centre anticancéreux.

Radiothérapie(application tous les 2 jours, 350 r par séance sous 180 kv, 12 ma et 0,5 cu).

A la 1^{ère} séance, le malade décide de rejoindre son domicile. Le décès est survenu peu après.

- Observation n° 37 -

-(Observation publiée par MM. HADIDA et coll.(40)-

-(Observation résumée)-

L'enfant Tal... Moh..., âgé de 4 mois 1/2, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en février 1958 pour une éruption papulo- nodulaire. Dès la naissance: tuméfaction saillante, rouge-violacée, de 1 cm de diamètre, au niveau de la région sacrée. A 1 mois 1/2, angine fébrile et adénopathies cervicales. A 2 mois 1/2, dyspnée, cyanose, toux coqueluchoïde. A 3 mois, éruption disséminées sur les oreilles, le front, les tempes, les épaules, les bras, les cuisses, les jambes et le tronc. Prurit, insomnie, anoréxie. A l'entrée: éruption papulo-nodulaire disséminée; apyrexie; splénomégalie sans hépatomégalie ni adénopathies; poids: 6 kg 1/2.

Examens de laboratoire: G.R., 4.110.000/mm³; Hb, 77 p.100; G.B., 15.400/mm³ dont 13 p.neutro., 1 p.baso., 2 p.éosino., 47 lympho.et 37 mono.; temps de saignement, 1 mn30s; temps de coagulation, 2mn 30s; rétraction du caillot normale; plaquettes, 270.000/mm³. (Dr.L.ALCAY).

Myélogramme: " Moelle riche: disparition presque complète des poly.neutro., diminution très nette de la série granulocytaire, abondance des lymphocytes et des éléments monocytaires plus ou moins jeunes".(Dr. ALCAY).

Examen cytologique des lésions cutanées: " Les frottis contiennent en prédominance des cellules réticulaires: éléments à cytoplasme réduit, polychromatophile, granuleux, à noyau volumineux, ovalaire ou arrondi, occupant les 3/4 de la superficie cellulaire; la chromatine forme un réseau régulier; 2 nucléoles sont le plus souvent visibles. Ces cellules présentent de fréquentes atypies avec basophilie cytoplasmique et hyperchromasie du noyau qui devient plus irrégulier. A côté de ces éléments, on observe d'autres cellules présentant une différenciation histiocytaire plus ou moins achevée; noyau perpendiculaire à l'axe du cytoplasme, affleurant à une de ses extrémités la limite cellulaire. Enfin, quelques cellules allongées, à noyau fusiforme, situé dans l'axe de la cellule, affectent l'aspect de fibroblastes jeunes".(Dr.R.STREIT).

Examen histo-pathologique: " Derme: nappe homogène, dense et monomorphe, de cellules à noyau assez volumineux, hyperchromatique, irrégulier, souvent ovalaire ou encoché; ces éléments ont un aspect histiocytaire ou monocytoïde. Il existe en plusieurs points des cellules géantes, multinucléées, provenant de la fusion de plusieurs cellules histiocytaires malignes. Mitoses. Monstruosité nucléaires

assez nombreuses. L'infiltrat laisse persister en son sein quelques annexes (formations pilo-sébacées, glandes sudoripares). Il n'est pas limité par une coque conjonctive nette. Epiderme sus-jacent atrophique. Les bourgeons interpapillaires sont effilochés et il n'existe aucune bande blanche entre l'épiderme et l'infiltrat. Au contraire, l'épiderme apparaît aminci, comme refoulé par l'infiltrat qui, en certains points, le pénètre et le disloque". (Dr. R. STREIT).

Le téléthorax est normal. La radiographie du crâne ne montre aucune lésion.

Après un mois de traitement par hydrocortancyl (10mg/j), les lésions cutanées régressent, l'état général s'améliore. Les parents reprennent alors leur enfant. Mais en juin 1960, soit deux ans après le traitement, le médecin de la famille confirme l'absence de toute lésion cutanée et viscérale.

- Observation n° 38 -

-(Observation résumée)-

Le jeune Ch. Mebarek, garçon âgé de 11 ans, est hospitalisé à Constantine en juillet 1959.

Lésions érythémateuses de la pyramide nasale avec oedème important et ulcérations superficielles sans caractères.

Rien à retenir de l'examen somatique, sauf l'existence d'une oxycéphalie avec dysostose crânio-faciale et aplatissement presque total de la base du crâne.

Examens biologiques

Anémie hypochrome franche avec équilibre leucocytaire normal;
vitesse de sédimentation: après 1h., 120 mm; après 2h.,
127mm;

sérologie de la syphilis: négative.

Examen histo-pathologique: " Lésion infectieuse sans
signature étiologique".(Dr. R.STREIT).

L'éventualité d'un lupus tuberculeux est envisagée et un
traitement par streptomycine (1gr. tous les 2 jours) et
rimifon (2 comp.par jour) est institué.

Ce traitement demeure inopérant.

A la 3ème semaine, la température jusque-là normale s'élève
et oscille entre 37°5 et 38°5 et, à la 4ème semaine, l'état
local s'est considérablement aggravé: extension des lésions
avec, en profondeur, destruction du cartilage.

Examen histo-pathologique: Un nouvel examen, pratiqué 1 mois
sensiblement après le premier, permet les constatations
suivantes: " Tapis dense de cellules réticulaires monstreu-
euses présentant de nombreuses atypies nucléaires. Nécrose
importante. Conclusion: Réticulo-sarcome ou réticulo-
histiocyte maligne".(Dr. R.STREIT).

L'enfant est évacué sur le Centre anti-cancéreux
aux fins de radiothérapie.

- Observation n° 39 -

-(Observation résumée)-

M. Ra...Lounis, âgé de 26 ans est reçu à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en octobre 1959, évacué d'un service où il avait été admis pour suspicion de staphylococcie de la face.

La face, le tronc et les membres supérieurs sont déformés par d'importants placards disposés en damier, érythémateux, faits d'un infiltrat élastique dermo-hypodermique, non douloureux. La première apparition s'est manifestée au niveau de l'aile gauche du nez. Parallèlement à l'extension, formation de volumineuses adénopathies inguinales.

A l'examen somatique, volumineuse hépatomégalie, dyspnée permanente, hypertension artérielle.

Dans les antécédents, on note une hospitalisation en France pour syndrome digestif non précisé (1966).

Hémodramme: "Hématocrite: 38 p.100; G.R.: 4.100.000/mm³; plaquettes supérieures à 200.000/mm³; G.B.: 5000/mm³; réticulocytes: 1 p.100". (Pr P. COLONNA).

Vitesse de sédimentation: 1^{ère} h., 3; 2^{ème} h., 9.

Profil biologique: "Protidémie: 56 g/l; hypoalbuminémie à 35,40 g/l; hypoglobulémie et hypogammaglobulinémie; diminution de l'orosomucoïde; excès d'Ig M et faiblesse d'Ig C et d'Ig A". (Dr. IPUNG-ERY).

Fonction de la tumeur frontale:" On observe dans ce prélèvement assez hémorragique de grandes cellules à cytoplasme bleuté, à limites nettes et anguleuses, avec quelques granulations azurophiles; le noyau est souvent quadrangulaire; accolée à un ou deux de ses bords, la chromatine est réticulée, parfois disposée en stries parallèles; il persiste dans certains un ou deux nucléoles. Ces cellules paraissent être des histiocytes jeunes(caractères nucléaires)."(Pr.P. COLONNA).

Le sang est d'aspect à peu près normal: légère anisocytose; équilibre leucocytaire: P.N.: 62; P.E.: 1; lympho.: 31;mono:6.
Médullogramme:" Richesse à peu près normale. On observe un contingent d'importance variable selon les zones du frottis (5 à 20 p.100) de cellules histiocytaires semblables à celles que l'on a observées dans la "réticulose histio-monocytaire" individualisée par Cazal sont assez semblables. En conclusion: réticulo-histiocytose maligne probable, à point de départ cutané avec un début d'envahissement médullaire".(Pr. P. COLONNA).

Biopsie cutanée:" On observe en effet des infiltrats cellulaires très diffus, présentant une activité considérable. Il s'agit surtout de cellules réticulaires et de monocytes. Ces derniers possèdent parfois des noyaux gigantesques.Conclusion: réticulose histio-monocytaire maligne".(Pr.B. DUPERRAT).

Le malade est soumis à un traitement fondé sur la mise en oeuvre de corticoïdes et de polychimiothérapie(Natulan, Oncovin et Caryolysine).

L'état du malade s'aggrave peu à peu; des accès fébriles apparaissent, accompagnés de tachy-cardie(120/mn) et d'hypotension(10/4).

Le décès survient 1 mois après le début de la polychimiothérapie, des suites de l'extension d'une polynévrite ascendante.

+ Observation n°40 -

-(Observation due à la bienveillance de M.le Docteur GUIGUE, Médecin-chef du service de dermatologie du C.H.U.d'Oran)-

-(Observation résumée)-

Le jeune F..Bouaza, âgé de 19 ans, originaire de Mascara, est admis en février 1961 au pavillon de dermatologie du C.H.U. d'Oran pour éruption cutanée bourgeonnante, violacée, siégeant sur la face postérieure de la jambe droite. Cette lésion n'est pas prurigineuse et son extension est rapide. Les masses bourgeonnantes ont disparu spontanément, mais il persiste une vaste nappe infiltrée bleu-violacée, épidermatrophique, mesurant 20 cm sur 12 cm.

Hémogramme: 4.000.000 G.R.; 6.000 G.B. dont 48 p.neutro., 4 p.éosino., 1 p.baso., 42 lympho.et 5 mono.

les présentant des noyaux nucléolés et quelques mitoses atypiques au sein de l'infiltrat. L'infiltrat est polymorphe, constitué surtout d'histiocytes et de lymphocytes".(Médecin-Commandant LARRIBAUD).

2ème biopsie cutanée: " Réticulose cutanée maligne ".(Dr. LARRIBAUD).

Le malade quitte l'hôpital en avril 1961.

- Observation n°41 -

-(Observation due à la bienveillance de M.le Docteur GUIGUE, Médecin-chef du service de dermatologie du C.H.U.d'Oran)-

-(Observation résumée)-

M.Ben..Elie, âgé de 62 ans, originaire de Mascara, est hospitalisé à Oran en octobre 1961 pour éruption cutanée généralisée à type d'eczéma surinfecté, avec adénopathies disséminées.

D'emblée, la formule sanguine s'avère significative avec 37.400 Blancs dont 12 p.100 de lymphoblastes.

La biopsie cutanée conduit au diagnostic suivant: "Hématodermie imputable à la leucémie".(Dr.LE CAT).

Une nouvelle formule leucocytaire confirme le diagnostic de leucose aiguë lymphoblastique.

Mais une seconde biopsie cutanée, pratiquée quelques jours après, permet les constatations suivantes: "Aspect atypique des hématodermes (aspect lichénoïde). Malignité certaine:

cellules réticulaires très impressionnantes observées dans le derme". (Médecin-Commandant LARRIBAUD).

Aggravation de l'état du malade malgré plusieurs transfusions. Le malade quitte le service en très mauvais état général 18 jours après son admission.

- Observation n°42 -

-(Observation résumée)-

M.B..Mohammed, homme âgé de 53 ans, originaire d'El-Asnam est hospitalisé pour la première fois en avril 1963 à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger: lichénification en placards circonscrits disposés sur le bras gauche, puis les régions épigastrique et dorso-lombaire et accompagnés de prurit. L'examen général n'apprend rien. Les examens biologiques de routine sont normaux, sauf la vitesse de sédimentation qui s'établit à 46 mm après 1h., à 78mm après 2 heures.

Pendant 30 jours, prise quotidienne de 16 mg de Triamcinolone. Importante amélioration des lésions.

En août 1965

Le malade est hospitalisé à nouveau.

Lésions en grands placards très étendus, érythémateuses et fortement squameuses, infiltrées, fissurées par places. Prurit intense. Rien à retenir de l'examen somatique, mis à part une importante diarrhée permanente. Amaigrissement important: 58 kg pour une taille de 1,76m. Pas de fièvre.

Examen Hématologique:Hématocrite: 40,5 p.100; 12.400 G.B. avec équilibre normal, vitesse de sédimentation: 1h., 45mm; 2h., 93mm; sérologie de la syphilis: faiblement positive; test d'immuno-fluorescence: positif(titre 600).

Protéinoگرامme: Abaissement du taux de l'albumine(41,7 p.100); forte élévation des globulines gamma(34,3 p.100)

Médullogramme:" Normal en dehors d'une légère plasmocytose. Absence de cellules malignes".(Dr. ZIDANE).

Examens histo-pathologiques:

Premier examen biopsie de peau(février 1966):"Hyperacanthose avec oedème important du derme. Ce dernier est le siège d'un important infiltrat inflammatoire à prédominance histiocyttaire. Nombreux mélanophores dermiques et la basale est également surchargée de pigment mélanique. Cet aspect histologique rappelle une érythrodermie".(Dr.A.CHERID).

Deuxième examen de biopsie de peau(mai 1966):" Le prélèvement a intéressé un fragment de nodule cutané.Histologiquement, il se présente comme un infiltrat cellulaire occupant le derme profond, respectant le derme papillaire, tout au moins dans ses parties périphériques, la portion centrale de ce nodule présentant en fait une exulcération épidermique. Il s'agit de vastes nappes de cellules réparties en infiltrat dense et homogène,qui envoient des coulées cellulaires vers la profondeur. En périphérie, ces infiltrats cellulaires présentent une tendance architecturale périvasculaire et

péri-annexielle. La population cellulaire est d'aspect assez monomorphe. Il s'agit de cellules de type réticulo-histiocytaire. Les anomalies nucléaires et cytoplasmiques sont évidentes: noyaux encochés, bourgeonnants, à nombreux nucléoles. L'activité mitotique est importante (mitoses normales et pathologiques). L'édification réticulinique est très marquée, avec tendance à l'engainement mono-cellulaire. L'aspect est donc celui d'une "réticulose maligne de type réticulo-histiocytaire". (Pr. ag. VEDRENNE).

Prélèvement d'un ganglion inguinal: " L'architecture ganglionnaire est conservée. Par places, image de surcharge mélanique des cellules réticulaires". (Dr. A. CHERID).

Outre des soins locaux et des antibiotiques, le malade reçoit: Cortancyl, 40 mg. par jour pendant 1 mois 1/2, puis 50 mg/j, au total 1.675 mg; par la suite, Triamcinolone pendant 1 mois, au total 600 mg; puis, après un repos de 15 jours, Triamcinolone 12 mg/j pendant 3 mois et 8 mg/j pendant 1 mois.

Au 2ème mois, amélioration de l'état général, de l'état local avec diminution de l'infiltrat des lésions cutanées.

Au 4ème mois, amélioration de l'adénopathie. Mais au 5ème mois se manifeste une légère reprise locale, avec apparition d'érosions et de fissuration, notamment au niveau du scrotum et de la verge.

Au total, lorsque le malade rejoint son foyer après 8 mois de traitement le gain obtenu reste partiel.

-(Observation résumée)-

Mme Bond., l'essadit, âgée de 59 ans, originaire d'Alger, est hospitalisée en novembre 1963 à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger.

Six mois plus tôt sont apparues à la face antérieure du thorax, sous le sein droit, des formations nodulaires des dimensions d'un pois-chiche.

L'extension a été continue et rapide, à la fois en direction de la poitrine et de la paroi abdominale, s'accompagnant d'un fléchissement de l'état général, de céphalées et de fièvre.

Nombreux nodules sous-cutanés, de la taille d'une noix, adhérents aux plans profonds, de la consistance d'une balle de tennis (fermes, mais élastiques), repartis sur le thorax et la paroi abdominale. A l'occasion d'une biopsie, l'un de ces nodules apparaît encapsulé, avec une tranche de section de la couleur de la chair d'un poisson cru, délimité en loges par des cloisons fibreuses.

Malade en mauvais état général, très amaigrie.

Examens biologiques:

Hémogramme: 3.390.000 G.R., avec valeur globulaire à 0,99; 3.600 G.B., avec 12 p.100 de mono; vitesse de sédimentation: après 1h., 77mm; après 2h., 114 mm; après 24h., 146 mm.; sérologie de la syphilis; négative.

Médullogramme: Absence de cellules anormales.

Adénogramme: "Cellules malignes peu différenciées, mais quelques formes de type réticulaire ou histiocytaire.

Réticulose maligne". (Pr. J. MESSERSCHMITT).

Examen histo-pathologique: "Le diagnostic de processus malin ne prête à aucun doute. Toutefois, de nombreux prélèvements sont effectués pour étude de la peau et pour trancher entre une hémato-dermie du type mucosis fongoiïde ou réticulose ou réticulo-sarcome" (Pr. J. MONTPELLIER).

Dans la semaine qui suit cet examen, une ponction de nodule sous cutané permet de poser le diagnostic de réticulose maligne (Pr. J. MESSERSCHMITT).

Sur la décision des siens, la malade est rapidement reprise par sa famille dans un état précaire.

- Observation n° 44 -

-(Observation résumée)-

M. M. Ramdane, âgé de 33 ans, originaire de Ouled-Souf, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en décembre 1963 pour un placard induré apparu depuis un mois et demi sur la face antéro-interne du bras droit au tiers inférieur, des plaques infiltrées et dépigmentées sur l'avant-bras, sans prurit. Adénopathies axillaires

droite et gauche et gâchions le long de la chaîne humérale gauche. Au niveau des creux inguinaux et poplités, lésions cutanées comparables à celles du membre supérieur droit.

Examen somatique: pas de particularité notable.

Examen hématoloique: Hém.: 4.400.000/mm³; G.B.: 8.600/mm³ avec 61 poly.neutro. et 38 lympho.

Médullogramme: "Moelle normalement active. On ne note pas d'élément atypique".

Examens histopathologiques:

1°/ Biopsie d'une formation tumorale du bras droit: "On trouve sous un épiderme régulièrement aminci, une vaste nappe dense faite d'éléments étroitement tassés et dont la morphologie s'étage de celle du lymphocyte à celle de cellules assez volumineuses, à gros noyaux hyperchromatiques, souvent irréguliers, et même multiples. Les mitoses ne sont pas rares. L'infiltrat disloque les glandes et les faisceaux conjonctifs du derme. En surface, sous l'épiderme: léger oedème.

Conclusion: Le caractère "malin" ne prête à aucun doute. On pourrait penser à un mycosis fongoïde, mais il n'existe ni éosinophilie, ni plus généralement bariolage cellulaire. Il s'agit donc d'une réticulose maligne". (Pr. J. MONTPELLIER).

2°/ Biopsie d'un élément tumoral du creux poplité: "Le prélèvement effectué montre la présence d'éléments lymphocytaires nombreux, des cellules réticulaires manifestement malignes et de la nécrose". (Pr. J. MONTPELLIER).

Téléthorax : pas d'adénopathie hilare,

De nouvelles lésions apparaissent sur les membres inférieurs, mais l'état général du malade demeure satisfaisant.

Le malade est évacué sur le centre anti-cancéreux pour radiothérapie et chimiothérapie le 17 juin 1964. A la date du 27 novembre 1964, le malade est toujours au centre anti-cancéreux et on note alors une régression spectaculaire des lésions.

- Observation n° 45 -

-(Observation publiée par M. F.G. MARILL et Mme P. GROULD(61)-

-(Observation résumée)-

Garçon âgé de 12 ans, originaire de Annaba, hospitalisé en juin 1964 dans le service de dermatologie du C.H.U. de Constantine, présentant une lésion infiltrée du nez qui évolue depuis huit mois.

Les deux tiers inférieurs de la pyramide nasale sont occupés par une nappe d'infiltrat inégal, d'un rouge violacé, de surface grenue, non ulcérée, qui s'arrête en talus à sa limite supérieure, s'étale peu en direction des joues et ne dépasse pas le rebord des narines. Accessoirement, deux petites formations nodulaires, infiltrées, sont apparues à une date plus récente sur la joue gauche. Aucune adénopathie collatérale.

Les examens biologiques de routine n'apprennent rien, sauf que la vitesse de sédimentation est nettement accélérée; notamment, la numération des globules du sang et l'équilibre leucocytaire donnent des chiffres qui demeurent dans les limites de la normale.

Muqueuse nasale hypertrophiée et infectée, surtout du côté droit, mais sans lésion particulière.

Radiographies du massif facial et du crâne: pas d'altération osseuse.

Durant l'hospitalisation, aggravation des lésions cutanées: formation de plusieurs gros bourgeons dont certains sont profondément ulcérés; propagation des lésions sur les joues et la lèvre supérieure.

Etat général conservé. Poids: 33 kg.

Biopsie cutanée: " Sous un épiderme aminci; à base rectiligne, et sous une bande de derme sous-épithéliale indemne, "blanche", on voit sur toute la hauteur du derme sous-jacent un infiltrat tumoral dense, assez monomorphe, fait presque uniquement de cellules réticulo-histiocytaires à noyaux volumineux, parfois pluri-nucléolés. Pas de mitoses anormales.

Trame réticulinique conservée au sein de l'infiltrat. En conclusion: l'aspect histologique s'accorde avec le diagnostic de réticulose histio-monocytaire maligne ou de réticulo-sarcome ". (Dr. J. SAVAG).

Perfusions hebdomadaires de Vincaléucoblastine (25 injections en 28 semaines; dose totale: 72 mg.). Durant les 10 premières semaines, association de Prednisone (dose dégressive à partir de 10 mg). Premiers résultats dès la 6^e semaine: comblement des ulcérations, réduction des masses tumorales, gain de poids (2 kg).

Après la 17^e injection, baisse passagère des leucocytes (148.000, puis 76.000, enfin remontée à 210.000/m³).

L'enfant n'est revu que 18 mois après sa sortie, durant lesquels il n'a reçu aucun traitement. Le siège des formations tumorales préexistantes est occupé par un ensemble de petites cicatrices jointives, arrondies, légèrement déprimées, à peine gaufrées. Ces cicatrices ne sont pas infiltrées. Aucune adénopathie suspecte. Etat général correct, l'enfant a grandi. L'examen soatique ne laisse apparaître aucun signe qui retienne l'attention.

- Observation n° 46 -

-(Observation résumée)-

Mme Ch... Fatma, femme âgée de 45 ans est admise à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en 1964.

Le dossier de cette malade n'apporte pas de renseignements chimiques. Le seul élément diagnostique qu'on retrouve est un protocole histo-pathologique résumé en ces termes: "Biopsie cutanée: "Réticulo-sarcome orienté dans le sens lymphoblastique."

- Observation n°47 -

-(Observation résumée)-

Le jeune Gh. Mécheri, âgé de 9 ans, originaire d'El-Asnam, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en février 1965.

Environ huit ans plus tôt, un élément serait apparu sur le lobe du nez, s'accompagnant bientôt d'un oedème inflammatoire et de prurit, s'étendant notamment vers la narine gauche et devenant puilent. Un médecin aurait alors pratiqué une section de la cloison.

Occupant la pointe du nez, bloquant pratiquement la narine gauche, étendue à la lèvre supérieure, néoformation de coloration violacée, foncée, surélevée, à bords irréguliers. La tumeur, dure, douloureuse à la pression, repose sur une base infiltrée. Elle est ulcérée et donne abondamment un pus épais et très malodorant. Adénopathie sous-angulo-maxillaire.

Rien à retenir de l'examen somatique. Température normale. Poids: 21 kg.

Examens biologiques :

Numération globulaire et formule leucocytaire: à retenir 12.200 G.B.; hématoците: 40; Moelle osseuse: présence de cellules réticulaires; Sérologie de la syphilis: négative; Examen du pus: présence de staphylocoques pathogènes et d'Aerobacter aerogenes du groupe paracoli.

Examen histo-pathologique: " Le prélèvement montre: en surface un épiderme irrégulier recouvrant un derme très richement cellulaire. Ce dernier est constitué par des éléments à noyaux assez polymorphes, hyperchromatiques, certains bourgeonnants ou multiples. Les mitoses ne sont pas rares. La malignité ne fait pas de doute. On pourrait penser à un réticulo-cyto-sarcome, mais le polymorphisme cellulaire invite à conclure à une réticulose maligne ". (Professeur J. MONTPELLIER).

Le traitement comporte en un premier temps une anti-biothérapie active au cours de laquelle les lésions s'aggravent; puis, l'administration d'Endoxan (100 mg pro die): mais après 15 jours, le petit malade est repris par sa famille.

-Observation n°48-

-(Observation publiée par M.F.-G. MARILL et Mme P. GROULD (64))-

-(Observation résumée)-

M. Messaoud Bet..., homme âgé de 60 ans, originaire de Sétif, présente, à son admission dans le Service de dermatologie du C.H.U. de Constantine en mai 1967, des formations cutanées qui se développent lentement depuis 1 mois, sans s'accompagner d'aucune manifestation générale et qui se présentent sous la forme de trois types d'éléments: des nodosités en gros grains de plomb, enchâssées dans le derme; des formations dermiques des dimensions d'un gros pois-chiche, les plus nombreuses,

recouvertes d'un épiderme normal et bosselant le revêtement; de rares tumeurs hémisphériques de la taille d'une demi-prune, régulières et translucides. Ces néoformations ont en commun d'être d'une dureté élastique, de n'être douloureuses ni spontanément ni à la pression, de laisser l'hypoderme libre de toute propagation. Leur répartition s'établit sous une forme curieuse: pour un total de 22 sur l'ensemble du revêtement, 18 d'entre elles se disposent sur la moitié droite de la face antérieure du thorax. Aucune adénopathie dans les territoires ganglionnaires superficiels.

Rien à retenir de l'examen somatique: notamment, le foie et la rate sont de volume normal. Poids: 57 kg. Radiographies du médiastin, des poumons et du squelette: pas de particularité notable.

Les examens biologiques de routine ne fournissent aucune indication particulière.

Numération globulaire: G.R., 4.220.000/mm³; G.B., 6700/mm³; plaquettes, 120.000/mm³; hémoglobine, 78p.100; V.G., 0,92; équilibre leucocytaire normal.

Examen histo-pathologique: "Le derme superficiel et moyen est occupé par une dense prolifération cellulaire. Elle comporte surtout des cellules réticulaires à noyau polymorphe, pycnotique et volumineux. La prolifération n'est pas épidermatrope. Vers la profondeur, elle diffuse en réseau. Conclusion: l'aspect évoque surtout une réticulose histio-monocytaire maligne".

(Dr. MASCARO).

Perfusions hebdomadaires de vincaléucoblastine: dose de 1mg la 1ère semaine, répétée la 2è semaine, puis élevée de 1 mg toutes les 2 semaines. Durée totale du traitement 29 semaines; Léger affaïssement des néoformations à la 4è semaine.

Aggravation vers la 6è semaine, puis stabilisation à la 16è semaine, mais leucopénie à 2.400/mm³; on garde alors la même dose (7 mg/semaine). Dans les 10 semaines suivantes, de nouvelles formations bourgeonnantes apparaissent; les anciennes se développent; asthénie, amaigrissement de plus de plus de 6 kg et ce, malgré le traitement (40 mg de vincaléucoblastine, 240 mg de Prednisone et 800 mg d'Endoxan le tout en 4 semaines).

Lorsque le malade est repris par sa famille, il se trouve dans l'état général le plus précaire, les masses tumorales s'étant encore développées.

- Observation n° 49 -

-(Observation résumée)-

M. Bela... Miloud, âgé de 58 ans, originaire d'Oran, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en janvier 1968 pour des petites tumeurs rougeâtres apparues 2 mois plus tôt et siégeant sur la face. Ces formations ont augmenté de taille peu à peu et affectent actuellement le volume d'une noix. On retrouve les mêmes

lésions rouges-brunâtres, peu étendues, légèrement soulevées et indolores au niveau des 4 membres. Par ailleurs, l'état général est conservé. Dans les antécédents, on signale un décollement rétinien droit datant de quelques mois, traité en ophtalmologie.

L'examen des différents appareils ne fournit aucune indication particulière.

Moelle osseuse:(14.2.68):" Richesse cellulaire normale, pas d'éléments anormaux érythropoïèse de type normoblastique (20%); plasmocytes: 2%".(Pr.P. COLONNA).

Ponction d'un nodule:" prédominance lymphocytaire".(Pr.P. COLONNA).

-Biopsie cutanée de la région cervicale gauche(14.2.68):

" Epiderme atrophique. Derme et hypoderme entièrement envahis par un infiltrat massif de cellules réticulaires anormales, présentant des signes évidents de dégénérescence maligne. Aspect de réticulo-sarcome".(Dr. A. CHERID).

L'état du malade s'aggrave si rapidement que la radiothérapie est déconseillée à ce stade par le Dr. TESTU .

Le malade rejoint son foyer en très mauvais état.

... ..

- Observation n° 50 -

-(Observation publiée par MM. B. KHATT et coll (50)-

-(Observation résumée)-

L'enfant Bouz... Salima, âgée de 10 mois, est hospitalisée en janvier 1969 à la Clinique médicale infantile. Quinze jours plus tôt, apparition d'un purpura pétéchial prédominant au thorax, associé à des éléments maculo-papulo-croûteux, altération brutale de l'état général, anorexie et amaigrissement inquiétants, élévation thermique.

Manifestations cutané-muqueuses: Réticulides papulo-croûteuses tirant sur le chamois, siégeant surtout sur le thorax, mais s'étendant également à l'abdomen, au cuir chevelu. Purpura pétéchial de topographie identique et s'étendant en outre aux plis de flexion (aisselle, plis du coude, régions inguinales), à la paume des mains, à la plante des pieds. Gingivite hypertrophique hémorragique.

Manifestations viscérales et ganglionnaires: Hépatomégalie avec débord de 5 travers de doigt. Enorme splénomégalie ferme, atteignant la fosse iliaque. Adénopathies peu importantes, sous maxillaire et axillaire droites, de la taille d'une noisette, sans périadénite.

Manifestations infectieuses: Fièvre à 38° 39°, oscillante. Otite catarrhale droite.

Une dyspnée avec léger tirage, sans cyanose, complète le tableau clinique .

Examens biologiques: Anémie à 3.400.000 hématies/mm³; numération des globules blancs et équilibre leucocytaire normaux; thrombocytes = 54.000/mm³; vitesse de sédimentation: après 1h., 30 mm; après 2h., 50 mm. Hémocultures négatives.

Examens radiologiques: sur le téléthorax, scissurite droite. Sur la radiographie du crâne, 2 images lacunaires: l'une de 5 mm sur le pariétal droit, l'autre sus-orbitaire droite intéressant le frontal et le pariétal.

Médullogramme: " Aspect de purpura thrombopénique secondaire à l'absence quasi-totale de mégacaryocytes. Pas de cellules malignes". (Pr. P. COLONNA).

Ponction ganglionnaire: " Nette hyperplasie réticulaire et hystiocytaire sans caractère de malignité". (Dr. HAMLADJI).

Biopsie cutanée: " Infiltration réticulaire dans le derme papillaire avec extension intra-épidermique des infiltrats. Infiltrat périannexiel constitué de cellules réticulaires à noyaux bourgeonnant. Réticulose cutanée maligne". (Pr. A. YAZBE).

Traitement: Le traitement d'attaque a compris:

.Prednisone: 3 mg/kg/ 24h., per os;

.Velbé: 0.30 mg/kg/ une fois par semaine, en I.V.;

.Transfusions de globules et plaquettes en fonction des données de l'hémodiagramme.

On réduit la dose de prednisone à 2 mg/kg/ 24h. en période

de stabilisation. Le Velbé fut administré à la même posologie tout au long de l'évolution, les injections étant espacées de 10 jours en cours de rémission.

Evolution: L'évolution se prolongea 16 mois et connut trois phases:

1°) poussée initiale qui dura 4 mois;

2°) une période de stabilisation s'étendant sur les 5 mois suivants;

3°) la reprise du processus pathologique par poussées plus ou moins longues, d'allure moins sévère que la première, jusqu'au décès de l'enfant.

- Observation n° 51 -

-(Observation due à la bienveillance de M. le Docteur GUIGUE, Médecin-chef du service de dermatologie du C.H.U. d'Oran)-

-(Observation résumée)-

M. Ham... Abdelahî, âgé de 55 ans, originaire de Ghazaouet, est hospitalisé à Oran en avril 1969 pour tuméfaction mammaire, multilobée, enchassée dans la peau de la région temporo-zygomatique. Ce malade a déjà été traité par le Docteur LE CAT en 1958, donc 11 ans plus tôt et on avait alors pratiqué une ablation chirurgicale. Pendant 11 ans, aucune manifestation de reprise et on pouvait admettre la guérison. Mais, au début de février 1969, les lésions

réapparaissent sous forme de masses dures, rougeâtres, bien enchassées dans la peau.

Hémogramme: 4.900.000 G.R.; 4.800 G.B. dont 64 P.N., 3 P.E., 30 lympho. et 3 mono.

Biopsie cutanée: "réticulose cutanée à faible degré de malignité: lymphocytes, cellules réticulo-histiocytaires avec quelques rares images de mitose".(Pr. ag. GOT).

Sur l'ensemble de ces données, le diagnostic posé est celui de réticulose à évolution lente de Sézary et le traitement suivant est institué: Cobaltothérapie: 4.200 r., antibiothérapie, vitaminothérapie.

Ce traitement entraîne une régression remarquable de la tumeur. En 1973, le malade est toujours suivi et on n'a noté aucun signe de récurrence.

- Observation n° 52 -

-(Observation publiée par Mme R.M. HAMLADJI, et MM. M. YSMAIL-DAHLOUK, M.G. TRAÇA et P. COLONNA(43))-

-(Observation résumée)-

L'enfant Y... Farid, 2 ans, est hospitalisé au mois de juin 1966 à la Clinique hématologique d'Alger avec le diagnostic de mal de Pott: tuméfaction dorsale avec lésions radiologiques d'ostéolyse. Au curetage du foyer, la recherche de bacilles de Koch reste infructueuse. Un mois avant cette intervention, apparition de tuméfactions crâniennes.

À l'examen du fond d'œil, œdème papillaire; sur le tracé électroencéphalographique, souffrance cérébrale bien localisée dans la région temporale antérieure (Dr. BOUCEBCI). Radiographies du crâne: lacunes à l'emporte pièce qui font discuter une ostéite infectieuse; le neuro-chirurgien consulté (Pr. ag. ABADA) évoque plutôt une hémopathie maligne. L'enfant est adressé à la clinique hématologique.

A ce moment, en décembre 1969, la tête de l'enfant est déformée par deux tuméfactions volumineuses, sus-orbitaire gauche et occipitale médiane, du volume d'une mandarine, molles, rénitentes, évoquant une collection suppurée, sans signe inflammatoire cutané. En outre, présence de deux tuméfactions sous-cutanées: l'une dorsale, au niveau du foyer "pottique"; l'autre dans la région médiane de la clavicule gauche; toutes deux offrent les mêmes caractéristiques que celles qui distendent le cuir chevelu.

Sur le cuir chevelu et le tronc, plus marquée sur le thorax que sur l'abdomen, respectant les membres et la face, éruption de petites taches érythémateuses ou purpuriques et d'éléments papuleux très nombreux, de diamètre réduit, tantôt croûteux, tantôt lésion purpurique.

Etat général aliéné. Polypnée, râleur intense des téguments et des muqueuses, position élévation horizontale. Pas d'adénopathies, ni splénomégalie, ni hépatomégalie.

Les examens biologiques systématiques ne rapportent pas de

renseignements utiles au diagnostic: hématoxite, 17%.; G.B.: 13.400/mm³ dont 63% poly.neutro., 1 poly. baso., 31 lympho. et 5 mono.). Sur le frottis sanguin, aniso-microcytose, quelques poikilocytes, érythroblastes: 2%. Pas d'albuminurie. Sur la téléradiographie du thorax: disparition de la moitié interne, de la clavicule gauche, lyse de l'arc postérieur de la 11^e côte droite, sans lésion cliniquement perceptible; diminution de la transparence des poumons et opacités micronodulaires prédominant dans les régions hilaires.

Examens cytologiques:

1°) Ponction de la crête iliaque: Présence d'assez nombreux mégacaryocytes; érythropoïèse de type normoblastique (25% des éléments nucléés); granulopoïèse active; cellules d'assez grande taille (20 à 30 microns) de forme variée, nuageuse, aux limites floues, au cytoplasme de teinte bleu violet non homogène, contenant des inclusions (grains violets) et surtout des vacuoles arrondies claires et petites, au noyau déformé ovalaire, à la chromatine mûre, bien dessinée, avec 1 à 3 ou 4 nucléoles nets, généralement petits.

2°) Ponction de la tumeur frontale: Liquide séro-hématique dans lequel une souche de Salmonellen paratyphique B a été mise en évidence; recherche de BK négative à l'examen direct et après culture sur Loweinstein.

3°) Examen histologique du produit de raclage d'une tumeur osseuse (Dr. LAHRECHE): "Débris tumoraux, largement nécrosés,

constitués par une prolifération cellulaire polymorphe comportant des polynucléaires éosinophiles; des cellules de type histiocyttaire de taille variable, possédant un large cytoplasme éosinophile et des noyaux nombreux, nucléolés, certaines d'entre elles sont plurinucléées; des cellules à cytoplasme spumeux chargé de lipides."

Examen histopathologique d'un fragment cutané: "Infiltrat dermique superficiel plaqué contre la basale. Cet infiltrat est constitué par des cellules volumineuses, arrondies, possédant un large cytoplasme éosinophile ou spumeux et des noyaux volumineux encochés, nucléoles. On retrouve ces cellules au niveau de l'épiderme, soit en éléments isolés, soit groupes en îlots". (Dr. LAHRECHE).

Le traitement est ainsi établi: delta-cortisone, 1mg. par kilog. de poids et par jour; vincalécoblastine, 0,3 mg/kg et par semaine; transfusions; antibiotiques (pénicilline et chloramphénicol). L'évolution s'est faite vers une aggravation progressive. Légère amélioration de l'état général après les transfusions. Mais les lésions cutanées n'ont subi aucune modification; les lésions osseuses se sont agrandies et multipliées; l'amaigrissement a progressé. La mort est survenue un mois après le début de l'institution du traitement. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

- Observation n° 53 -

-(Observation résumée)-

M. Sa... Mohammed Ou Idir, âgé de 29 ans, originaire de Beni Ouablis, demeurant à Sidi Aïch, est hospitalisé à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger, pour la première fois, en novembre 1969.

Siégeant dans le dos, à la base du thorax, à cheval sur les gouttières vertébrales, un anneau de teinte rouge-violette formant relief, nettement infiltré; mesurant environ 1,5 cm de largeur, circonscrivant une aire de peau saine de près de 10 cm. de diamètre. Cette production est apparue à peu près deux mois plus tôt sous-forme d'un petit cercle qui s'aggrandit progressivement en servant son dessin annulaire et en libérant un centre de peau non altérée.

Rien à retenir de l'examen somatique..

Examens hématologiques: Hématocrite: 42 p.100; G.B., 8.800 dont P.N., 47; P.E.1; lympho., 39; mono., 14; donc monocyte supérieure à la normale; plaquettes: en nombre et aspect normal sur le frottis.

Moelle osseuse: " Normalement riche et active. Toutes les lignées sont présentes. A noter cependant 12 p.100 environ cellules monocytoïdes d'allure anormale, plus proches de l'histiocyte que des cellules observées dans le sang".

Ponction de ganglion inguinal: " Frottis lymphocytaire."

Conclusion: Il ne s'agit pas d'une hémopathie à localisation primitivement hématopoïétique. La diffusion des cellules

monocytoïdes est en faveur d'une réticulose maligne".(Pr.F. COHENBAUM)

Biopsie cutanée : "La coupe confirme le diagnostic de réticulose maligne - leucémique car elle montre de grandes coulées cellulaires dans le derme papillaire avec des monocytes parfois monstrueux".(Pr.F. DUPERRAT).

Le malade sort sur sa décision, après 12 jours de polychimiothérapie(Natuton, Oncovin, Caryolysine) et de corticothérapie. Amélioration locale considérable.

La 2ème poussée survient 13 mois plus tard, marquée par l'apparition sur la jambe gauche d'un nouveau placard identique au premier et sur l'avant-bras gauche d'une petite tumeur ovalaire. Le malade est réhospitalisé en février 1971 et reçoit le même traitement : amélioration rapide.

La 3ème poussée se manifeste en novembre 1971: le malade présente une induration des anciennes lésions et de nombreuses tumeurs au niveau de la région maxillaire droite, du thorax (7ème côte droite), de la cuisse gauche, du cuir chevelu : tumeurs dures, violacées, fixées aux plans profonds, non douloureuses mais sensibles, de taille variant de celle d'un pois à celle d'une noix; elles suppurent par endroits(chetol).

Etat général conservé; auscultation cardiaque normale; pouls 80/mn; tension artérielle: 11/7.

La chimiothérapie et la corticothérapie semblent n'avoir plus aucune action sur les lésions. Une radiothérapie par champs séparés est instituée et le malade subit 19 séances à raison de 300 r par séance.

L'état général s'altère rapidement et le décès survient en janvier 1972 dans un tableau de généralisation des lésions avec fièvre, asthénie intense et névralgies atroces.

- Observation n° 54 -

-(Observation due à la bienveillance de MM. les Professeurs agrégés ALLOUACHE et SOLASSOL, du Centre anti-cancéreux de Constantine)-

-(Observation résumée)-

L'enfant Bou... Smaïne, âgé de 11 ans, originaire de Constantine, est hospitalisé en décembre 1971 au C.R.U. de Constantine pour ulcérations cutanées importantes, surinfectées, siégeant sur la racine du membre supérieur droit, sur l'hémithorax et l'hypochondre droits, évoluant depuis 7 mois. Ces lésions sont accompagnées de polyadénopathie. L'enfant a déjà reçu 28,5 gr. de streptomycine.

Hémodogramme: 3.950.000 G.R.; hématoците, 28%; 16.000 G.B. dont 68 P.N., 28 L. et 4 N./100; plaquettes 100.000/mm³.

Fonction ganglionnaire: " Absence de bacille de Koch. Présence de bacilles Gram négatif type Protéus".

Biopsie cutanée: " Prolifération tumorale ulcérée et constituée par des nappes de cellules assez grandes, tassées les unes contre les autres, à noyaux très irréguliers, atypiques quelquefois encochés. Parmi ces éléments tumoraux malins, prédominant le type réticulaire, sont disséminés de nombreuses cellules inflammatoires surtout polynucléées. L'aspect de cette prolifération tumorale maligne de la peau est très en faveur d'un réticulo-sarcome". (Pr. LEMAIGRE).

A partir de janvier 1972, le malade est soumis à un traitement associant des séances de radiothérapie à la chimiothérapie. Un mois plus tard, on suspend la radiothérapie car les lésions sont améliorées et on pratique une cure chirurgicale tout en continuant la chimiothérapie.

Au 4ème mois, on interrompt la chimiothérapie en raison d'une déplétion leucocytaire passagère.

Le 24 mai 1972, on reprend la chimiothérapie (Endoxan: dose reçue, 10.700 mg) et la radiothérapie.

Le 5 juin de la même année, la radiothérapie est terminée (dose reçue: 12.000 r). Mais, un mois plus tard, l'aspect évolutif des lésions nécessite une reprise de la radiothérapie et le 14 septembre 1972, la cicatrisation étant satisfaisante, le malade quitte l'hôpital.

Un contrôle effectué le mois suivant permet de déceler une radiodermite sous-axillaire : on continue la chimiothérapie

Le bilan sanguin donne alors 4.000.000 G.R. et 6.200 G.B.
Le 12 janvier 1973, amélioration de la radiodermite. On con-
tinue la chimiothérapie. La formule donne 4.000.000 G.R. et
6.500 G.B.

Quelques jours plus tard, l'amélioration est assez importante pour que
le malade puisse retourner à l'école.

Observation n° 25

-(Observation due à la bienveillance de M.le Professeur P.
COLONNA)-

-(Observation résumée)-

M.Aks..Arsuki, homme âgé de 33 ans, originaire de Lakhdaria
admis en juillet 1972 à Lakhdaria pour douleurs thora-
ciques. Diagnostic cité: "pleurésie sèche". Antibiothérapie
amélioration en 15 jours. Dès la sortie de l'hôpital, nouvel
accès infectieux avec signes broncho-pulmonaires: sédation
sous antibiotiques(ampicilline). Récidive 10 jours après
l'arrêt du traitement et apparition d'oedèmes des membres
inférieurs. Le malade est alors hospitalisé dans un service
de maladies infectieuses où l'on constate l'amaigrissement
(15 kg), l'hypoprotidémie, la leucopénie(500/mm³). L'image
radiologique thoracique évoquant un cancer du poumon, le
malade est évacué à Marseille.

A Marseille, dans le service du Professeur MONGES, les tomographies pulmonaires mettent en évidence un aspect en lâcher de ballons typique; le néoplasme primitif n'est pas décelé; les oedèmes des membres inférieurs semblent devoir être rattachés à un syndrome paranéoplasique, le malade présentant un aspect radiologique d'ostéopathie hypertrophiante pneumique au début.

Bronchoscopie: "Pas de signe de néoplasie bronchique, mais immobilité de la corde vocale droite et discret remaniement de la paroi terminale du tronc intermédiaire". (Dr. ZAKARIAN)

Hématologie: Hématocrite, 25%; hémoglobine, 7g.; anémie à 2.500.000 G.R./mm³; 2.000 G.B./mm³ dont 75% P.N., 21 L.;

myéloblaste: 4%. Vitesse de sédimentation: 4mm à la 1ère heure

Mélicogramme: "Augmentation de la lignée rouge sans anomalie morphologique".

Recherche de cellules malignes dans les crachats: négative, 3 reprises (Drs. BONNEAU et LEBREUIL); cytologie type P.O ou P

Le malade est évacué à Alger lorsqu'est connu le résultat d'un examen anatomo-pathologique d'une biopsie osseuse:

"Groupements cellulaires rares et paraissant comporter, à côté de cellules épithélioïdes, des cellules réticulaires anormales, pouvant correspondre à des cellules de Sternberg" (Pr. MIRAMAND)

Biopsie musculaire: "Epiderme et derme intacts; envahissement de l'hypoderme et du muscle sous-jacent par des cellules réticulaires malignes. Réticulose maligne ".(Dr.A.CHOUITER).

L'évolution clinique est marquée par les faits suivants:

1-Corticothérapie(prednisone,70 mg/j) et androgénothérapie (nivélar,60 mg/j) à partir du 27 novembre 1972. Disparition des oedèmes et de la fièvre en une semaine, du purpura en 2 semaines; amélioration de l'état général avec reprise de l'appétit et le sommeil, apparition de tuméfactions ovoïdes, longue de 4, à 5 cm, sensibles et profondément enchâssées sous la peau; ces tumeurs sont au nombre de 5, localisée à la face interne de la cuisse gauche, à la face antérieure de la cuisse droite, à la face postérieure du bras droit, à la face externe et à la face interne de la jambe.

2-Sur le plan hématologique, nette amélioration puisque hématokrite, taux de G.B. et de plaquettes sont normaux au début de janvier 1973.

Mais, le 21 janvier 1973, apparition de crachats hémoptoïques peu nombreux et, le lendemain, hémoptysie cataclysmique qui emporte le malade en dix minutes.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

- Observation n° 56 -

-(Observation due à la bienveillance de M. le Professeur MERIOUA)-

-(Observation résumée)-

A. L... Lakhdar, âgé de 47 ans, originaire de Kerrata, est adressé au Centre Pierre et Marie-Curie par le médecin de l'hôpital de Bougie en novembre 1972 pour squirrrose cutanée récurrente et polyadénopathie. Cet état évolue depuis près d'un an.

En un premier temps sont apparues les édénopathies dans le creux axillaire gauche, puis droite: elle sont dures, douloureuses, peu mobiles et leur volume peut atteindre jusqu'à la taille d'une mandarine. Quelque temps après, est apparu un placard cutané pré-sternal, squirrheux, rouge-violacé, très prurigineux au niveau du thorax. Ce placard s'est étendu formant un plastron pré-thoracique et présentant des ulcérations non douloureuses.

Etat général altéré, toux, dyspnée, oedème des membres inférieurs, anémie sans ictère, adénopathies au niveau de toutes les aires accessibles. La rate, douloureuse, débord de 2 travers de doigt; hépatomégalie.

Hémogramme: Hématocrite, 36 p.100; 3.900.000 G.R.; 6.400 C

Vitesse de sédimentation: 1^{ère} h, 100; 2^{ème} h., 120.

Téléthorax: "Image en cheminée(adénopathies para-trachéales discrètes infiltration pulmonaire dans les 2 champs".(Pr.

BONNELJEAN).

Ponction ganglionnaire: " Hyperplasie lymphoblastique".

Biopsie ganglionnaire: " Le ganglion examiné présente une architecture détruite, remplacée par une prolifération monomorphe maligne qui envahit la capsule et dont l'aspect histologique est plutôt réticulaire que lymphoïde. Le stroma tumoral présente une hyperplasie réticulinique réalisant parfois des enroulements presque monocellulaires. Cet aspect est en faveur d'un réticulo-sarcome". (Dr. A. CHOUITER).

Biopsie cutanée: " La biopsie cutanée montre une infiltration du derme par des cellules malignes de type réticulaire laissant une colorette de derme superficiel. En somme: localisation cutanée de réticulosarcome". (Dr. A. CHOUITER).

Le malade est soumis à une polychimiothérapie (Endoxan, Velbé, 5 Fluoro-Uracyl), sous couverture d'antibiotiques (Pénicilline, Solnicol), avec adjonction de transfusions sanguines et de perfusions de Trophysan.

Il quitte l'hôpital au 2ème mois du traitement, très amélioré mais il ne s'est jamais présenté aux examens de contrôle.

- L Y M P H O G R A N U L O M A T O S E M A L I G N E -

- Observation n° 57 -

-(Observation résumée)-

M.H.S. Omar, âgé de 42 ans, originaire de Boghni, est admis à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en février 1964 pour érythème psoriasiforme généralisé, très prurigineux.

Première poussée en 1962: apparition au niveau du cou du pied droit de papules et de vésicules sur un fond d'érythème à surface progressivement extensive.

Par ailleurs, polymicroadénopathies dans les aires sus-claviculaires et axillaires.

Examens biologiques:

Formule leucocytaire: 19.000/mm³ , dont 61 poly.neutro., 18 poly.éosino., 1 poly. baso., 18 lympho., 2 mono.

Sérologie de la syphilis: négative.

Médullogramme: " moelle très active; pas de cellule maligne; éosinophilie marquée.

Electrophorèse des protéides: hyper alpha 2 et hypergamma globulinémie; hypoalbuminémie.

Ionogramme sanguin: sans anomalies.

Examens histo-pathologiques:

"Peau: image de dermite eczématisée.

Ganglion: forte réaction réticulaire dont l'image s'apparente de très près à celle de la maladie de Hodgkin".

ne traitée... entraîne à chaque poussée la ré-hospitalisation de celle-ci. Ainsi le malade est réhospitalisé 8 fois jusqu'en 1968 et il recut en tout 11,539 g. de corticoïdes.

Les différents examens histo-pathologiques qui sont pratiqués évoquent tour à tour les diagnostics de maladie de Hodgkin, d'érythrodermie ichtiosiforme congénitale, de réticulose, de mycosis fongoïde et de maladie de Brill-Symmers mais sans aucun élément de certitude.

Le malade est finalement évacué à la Clinique d'hématologie où il est traité par Dégranol et Corticoïdes sans succès puisqu'il décède en avril 1968.

- Observation n° 52 -

-(Observation résumée)-

M.B... Ahmed, âgé de 30 ans, originaire de Djelida, est admis à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger en février 1966 pour lésions cutanées aréolaires à bords plus ou moins irréguliers, à centre érythémato-squameux, non prurigineuses, évoluant depuis deux semaines au niveau des joues, de l'avant-bras gauche, du tronc, des fesses et des cuisses.

Outre les lésions cutanées:

- hypertrophie ganglionnaire au niveau de la région cervi-

cale et du creux sus-claviculaire droit; quelques douleurs
dans la partie inférieure;

[Faint, illegible handwriting]

1890-1891

-Hémo-gramme: hématoците, 44 %; 4.600 G.B. avec 53 poly.neutro.,
6 poly.éosino., 40 lympho.et 1 mono.

-Sérologie de la syphilis: fortement positive.

-I.D.R. à la tuberculine: positif.

Examen histopathologique

- "Peau": Peu d'éléments notables; on élimine le psoriasis et le lupus.

diagnostiquer les tumeurs de plasmocytomes et réaction hyperplasique de tissu conjonctif local. Forte congestion conjonctivo-épidurale. Il se peut qu'il s'agisse d'une maladie de Hodgkin mais les constatations histologiques n'en apportent pas la preuve. (Ann. Anat. Path. 1971, 16, 118).

4. S. Ahmed sort par évasion en avril 1955.

- Observation n° 59 -

-(Observation publiée par M. P. COLOMNA et M. YSMAIL-DARLOUK
(1))-

-(Observation résumée)-

Mme Farma Abd..., alors âgée de 21 ans, est hospitalisée à la Clinique d'hématologie d'Alger pour la première fois en juin 1966 pour adénopathie.

Sur la chaîne latéro-cervicale droite, deux ganglions nobles, durs, indolores : l'un des dimensions d'une olive, l'autre de la taille d'un gros noyau de cerise. Adénopathies de mêmes caractères dans les creux sus-claviculaires et axillaires. Splénomégalie peu volumineuse. Anémie et asthénie. La malade pèse 54 kg. pour une taille de 1,60 m. Etat général correct: température subfébrile, pression artérielle: 110-80. Le diagnostic de maladie de HODGKIN est porté sur l'examen de produit d'une ponction ganglionnaire. G.B.: 6.600/mm³; poly., neutro., 76; éosino., 2; lympho., 16; mono., 6p.100. Hématocrite, 32 p.100. Vitesse de sédimentation: après 1h., 105 mm; après 2h., 130 mm.

Téléradiographie du thorax: adénopathie sus-hilaire gauche, franche, du volume d'une très grosse olive verte. Lymphographie: 1. trache, arrêt de la substance de contraste en position sus-carotidienne septi stances, en cinq champs (6.000 r. sur champ cervical droit et 6.000 r. sur champ cervical gauche; 4.800 r. sur champ axillaire droit et 4.800 r. sur champ axillaire gauche., 5.000 r. sur champ médiastinal).

Administration associée de Vincaléucoblastine: 42 mg en 3 mois.

Mme Abd., est à nouveau reçue à l'hôpital en janvier 1967, du fait de la persistance de l'adénopathie cervicale. Bon état général: le poids s'est élevé à 59 kg; la température oscille autour de 37°5.

Vitesse de sédimentation: après 1h., 42mm; après 2h., 75mm.

Fibrinogène: 4,60 p.1000.

Reprise de la radiothérapie profonde qui sera poursuivie pendant 4 mois.

Mme Abd., est admise pour la 3ème fois à l'hôpital en septembre 1969. Etat général altéré: pâleur, asthénie; le poids est tombé à 47,100 kg. Un seul ganglion est perçu, dans le creux axillaire droit: dur, mobile, non douloureux, de la taille d'une amande. Rate nettement palpable. Prurit intense. Température variant entre 37° et 38°C. Pression artérielle: 130-80.

Sur la face antérieure du thorax, présence de néoformations cutanées, l'une peu au-dessous du manubrium sternal, de la taille d'une châtaigne, de base festonnée, de surface vallonée; l'autre, sur le quadrant supéro-interne du sein gauche, sous forme d'un fuseau allongé d'environ 6 cm. de longueur sur 2 de largeur, de surface lisse; une troisième, pré-sternale, en regard des 5èmes espaces inter-costaux, hémisphérique et régulière, du volume d'une cerise. De teinte rouge.

tirant sur le violet, non ulcérées, dominant le plan cutané de voisinage, toutes trois enfoncées dans la peau, adhérentes au plan profond, de limites dépassées par un infiltrat qui se dégrade en direction de la peau saine.

Examen histo-pathologique d'une biopsie de la formation présternale: "Le prélèvement a intéressé, au-dessous d'un épiderme parfois acanthosique, des infiltrats du derme moyen et profond à limites peu nettes, envahissant. Ils sont constitués d'un granulome polymorphe: polynucléaires avec de nombreux éosinophiles, lymphocytes, plasmocytes, cellules réticulaires à noyau monstrueux, parfois multinucléées de type Sternberg. L'image est celle d'infiltrats hodgkiniens cutanés". (Dr. A. BOUHADEF).

Membre supérieur gauche déformé dans sa totalité par un oedème de stase, blanc et mou. Sein gauche distendu par un oedème comparable.

Sur radiographie, clavicule droite présentant dans son quart interne, un aspect atypique: sur le bord inférieur de l'os, doublée d'un mince tracé de périostite, la corticale prend un aspect feuilleté.

Lymphographie à l'or radioactif: "Zone para-aortique mieux visualisée, ce qui suggère l'existence d'une lymphopathie inflammatoire ou tumorale localisée". (Pr. Dr. A. BOUHADEF).

G.R.: microcytose et hypochromie franches, Hématocrite:

31 p.100. G.R.: poly.neutro., 78; poly.éosino., 1; lympho., 14; mono., 7 p.100. Vitesse de sédimentation: après 1h., 120 mm; après 2h., 158 mm. Fibrinogène: 8,70 p.1000.

Electrophorèse et immuno-electrophorèse des protides sériques: Protidémie: 73 g.p.1000. Electrophorèse sur acétate de cellulose: par comparaison avec des dosages effectués en 1967, hypoalbuminémie (A/G= 0,54) élévation du taux de toutes les globulines, surtout les gamma. Analyse immuno-electrophorétique: images très perturbées; taux très élevé d'alpha 1-A, d'alpha- 2-M et de bêta -1-C; nette augmentation des trois immunoglobulines. Il est donc possible qu'il y ait deux classes de perturbations superposées: HODGKIN(alpha 2 et bêta 1C) et anticorps nombreux". (Dr. J. IRUNBERRY).

De septembre à octobre 1969, administration parallèle de Natulan, de Caryolysine, d'Oncovin et de Prednisone. Premiers effets favorables: effacement des lésions cutanées; disparition de l'aspect feuilleté du bord inférieur de la clavicule; régression appréciable de l'œdème du bras et du sein; abaissement de la vitesse de sédimentation: après 1h., 46 mm; après 2h., 86 mm; Abaissement de la fibrinémie: 4,9 g.p.1.000; élévation du taux d'hématocrite à 34 p.100; 20 jours après l'arrêt de toute corticothérapie, élévation du poids à 50 kg.

- Observation n° 60 -

-(Observation due à la bienveillance de M. le Professeur P. COLOMNA)-

-(Observation résumée)-

Mme B... Fettouma, âgée de 52 ans, originaire de Bordj-Zemoura (Setif), est hospitalisée à la Clinique universitaire d'hématologie d'Alger en décembre 1972 pour adénopathie généralisée à prédominance inguinale, splénomégalie et éruption érythémateuse siégeant sur les joues et à la racine des membres inférieurs.

Le début de la maladie remonte à deux mois, marqué par un amaigrissement progressif, une adénopathie inguinale droite douloureuse et un érythème prurigineux de la face et des membres. Rapidement, le tégument s'infiltré par placards sur la paroi abdominale et les membres inférieurs; les ganglions, se développant dans les aires cervicales, axillaires et inguinales, deviennent volumineux (7 à 8 cm de diamètre), durs, peu mobiles; la rate s'hypertrophie et devient massive, ronde et mobile. Au toucher vaginal, masse molle et peu douloureuse dans le cul-de-sac.

Par ailleurs, état général conservé malgré l'amaigrissement: poids de 47 kg. pour une taille de 1,58 m.

I.D.R. négative. Téléthorax normal. V.S.: 78/93.

Héogramme: décolorée, 35 ; Hb 11 g. l.B. avec 20% d'éosinophiles, 43% de poly-nucléaires, 15% de lympho. et 6% de mono; 200.000 plaquettes; fersérique: 81 gamma; fibrinogène: 1,19;

protidémie: 580 g/l.

Lymphographie: " Blocage droit dû à l'adénopathie inguinale et à l'adénopathie axillaire".

Biopsie: " Riche; nombreux mégacaryocytes, hyperplasie marquée de l'orthopoièse monoblastique, quelques cellules réticulaires et des pigments ferriques intra et extra-cellulaires. Pas de cellules de Sternberg". (Pr. ag. HAMLADJI).

Biopsie du ganglion: " Le ganglion est détruite, remplacée par une prolifération polymorphe à prédominance histiocytaire, des cellules réticulaires évoquant des cellules présternbergiennes, évoquant donc une maladie de Hodgkin type I". (Dr. CHOUITER).

Actuellement, la malade est encore hospitalisée et toujours traitée par polychimiothérapie: Natulan, Oncovin, Caryolysine, Velbé associés à la corticothérapie (Cortancyl).

- MALADIE DE BRILL - SYMMERS -

- Observation n° 61 -

-(Observation résumée)-

L'enfant Mess... Brahim, âgé de 7 ans, originaire d'Oued Zenati, est hospitalisé à Constantine en février 1958 pour éruption papuleuse généralisée et très prurigineuse. Sur tout le corps, petites lésions papulo-croûteuses en tête d'épingle, reposant sur une peau sèche, écailleuse, atrophique. Sur la région antérieure du thorax, reliquats d'anciennes lésions sous forme de petites taches pigmentées. Papulo-vésicules au niveau des espaces interdigitaux. Le prurit est intense, entraînant quelques excoriations cutanées. On ne peut faire préciser la date du début de l'affection.

L'examen général met en évidence un foie augmenté de volume, à 3 travers de doigt sous le rebord costal; une splénomégalie à 2 travers de doigt sous le rebord costal; des adénopathies inguinales dures, roulant sous le doigt, non liées par la périadénite; quelques ganglions axillaires durs, peu importants.

Hémogramme: 4.980.000 G.L.; 7.000 G.E.; dont P.N., 28; P.E., 8; P.B., 2; Hématocrite, 63.

Vitesse de sédimentation: 40/77.

Examen histopathologique: "Trame très intéressante. Le parenchyme ganglionnaire présente deux ordres d'anomalies:

- envahissement de la zone médullaire par des follicules lymphoïdes;
- atrophisme et souvent absence des centres folliculaires.

Ceux-ci sont constitués par de volumineux éléments réticulaires à noyaux hyperchromatiques, souvent en mitoses, ou au contraire à noyau pâle, s'estompant dans le cytoplasme cellulaire; ces dernières cellules offrent l'aspect de "Schadow-cells" typiques. Conclusion: Lymphome folliculaire géant ou maladie de Brill-Symmers". (Dr. R. STREIT).

L'enfant reçoit un traitement fondé sur l'administration de corticoïdes, d'anti-histaminiques, d'antibiotiques et de vitamines.

Son état s'améliore nettement et, à sa sortie, en juillet 1958, il ne présentait que quelques adénopathies inguinales assez volumineuses.

Il a été perdu de vue depuis cette date.

HEMATODERMIE DE NATURE NON

ETABLE

Nous pensons que nous sommes autorisé à adjoindre aux observations dont nous venons de faire état, les documents suivants, concernant des états pour lesquels le diagnostic histologique ou bien n'a pas défini la variété d'hématoderme ou bien, au contraire, n'a pas été pleinement affirmatif.

- Observation n° 62 -

-(Observation résumée)-

Homme âgé de 55 ans, est hospitalisé en 1958 au Service de dermatologie du C.H.U. de Constantine pour lésions cutanées symétriques extensives des deux cuisses, l'une en macaron. Ces lésions évoluent depuis quelques mois; elles sont très prurigineuses et font penser à un mycosis fongofide.

Bilan habituel normal.

Examen histo-pathologique:" Le prélèvement montre en surface un épiderme hyperacanthosique présentant des foyers de spongieuse et des cellules mononucléées. Pas de thèque intra-épidermique. En dessous, le derme moyen et superficiel est occupé par un infiltrat réalisant une vaste plage faite de lymphocytes, d'histiocytes, de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Nous avons noté quelques mitoses mais

aucun élément rappelle l'aspect de cellules "mycosiques".
En définitive l'aspect histologique, du fait de la densité
et du polymorphisme de l'infiltrat, invite à penser à la
possibilité d'un "mycosis fongoïde" mais l'absence de signe
cytologique certain de malignité ne permet pas d'affirmer
un "mycosis fongoïde" (Dr. L. ALCAY).

Cas n° 11
(Observation n° 11)

Mme R. Fatma, âgée de 52 ans, est suivie à Alger, à la
consultation de la Clinique universitaire de dermatologie
à partir du mois d'avril 1960 parce qu'elle présente des
placards érythémateux étendus, infiltrés et prurigineux,
avec des lésions exulcérées, siégeant sur la région pré-
sternale. Le médecin de la consultation suspecte une héma-
todermie.

Biopsie (prection d'un ganglion axillaire droit):

"Hyperplasie portant particulièrement sur les lymphocytes
et les plasmocytes. Assez nombreux mastocytes. Nombreuses
cellules réticulaires plus ou moins jeunes pouvant faire
penser à un pré-Sternberg, mais sans en posséder tous les
caractères". (Dr. L. ALCAY).

Médullogramme: "Moelle hyperplasique mais normale. A noter
cependant une augmentation des mégacaryocytes". (Dr. L. ALCAY).

Numération globulaire et formation leucocytaire:

G.R.: 4.270.000; Hb: 86%; V.G.: 1,02; G.B.: 7.200 dont
73 p.neutro.; 6 p.éosino.; 18 lympho.; 3 mono.p.100.

Biopsie cutanée: Epiderme : hyperacanthose irrégulière.

Exocytose discrète de cellules mononucléées.

Derme: infiltrat abondant de cellules lymphoïdes, parfois
mêlées à quelques plasmocytes. Topographie périvasculaire.

L'image caractéristique du mycosis n'est pas réalisée.

Puisqu'on n'observe ni tumeur intra-épidermique, ni dis-
position en bande sous épidermique de l'infiltrat. Cependant
nous avons observé quelques histiocytes volumineux et
hyperchromatiques et 2 mitoses anormales".(Dr.R.STREIT).

- Observation n° 64 -

-(Observation résumée)-

Ikh... Zoulikha, de sexe féminin, d'âge non précisé, est
hospitalisée en 1960 à la Clinique universitaire de derma-
tologie d'Alger pour masses tumorales des paupières.

Les examens hématologiques fournissent le diagnostic de
leucémie lymphoïde, lequel diagnostic n'est pas confirmé avec
certitude par l'examen histo-pathologique de la biopsie
cut. 64.

Examen histo-pathologique: le prélèvement est entièrement
représenté par une masse homogène, monomorphe et dense de cel-
lules lymphoïdes adultes. Conclusion: lymphosarcome lymphocy-
taire ou leucémie lymphoïde".(Dr.R.STREIT).

- Observation n° 65 -

-(Observation résumée)-

B... Oumélkheir, femme âgée de 40 ans, est hospitalisée en 1963 à la clinique universitaire de dermatologie d'Alger pour érythrodermie bulleuse et piqueté purpurique généralisés apparus depuis trois jours après un traitement antibiotique. Prurit intense. Polymorphoséanopathies disséminées. Examens hématologiques et moelle osseuse normaux.

Examens histopathologiques

" Biopsie cutanée: Epiderme aminci, corps muqueux réduit, basale effilochée, présence d'îlots cellulaires granulomateux. Infiltrat granulomateux dense au niveau du derme avec prédominance de mononucléaires. On note quelques cellules de type réticulo-histiocytaire assez volumineuses et 2 mitoses. En définitive: image d'érythrodermie avec suspicion d'hématodermie (mycosis ? leucose?).

Biopsie ganglionnaire: Prolifération lymphoïde diffuse formant des plages homogènes dans la région médullaire notamment, mais laissant persister dans une certaine mesure l'architecture folliculaire. Les éléments sont généralement matures (lymphocytes) sans atypie morphologique notable. Pas d'envahissement de la capsule. Cet aspect est en faveur d'une lymphopathie du type lymphosarcomateuse ou plutôt leucose".

Après un traitement basé sur les antibiotiques, les corticoïdes et les reconstituants, la malade sort en bon état en septembre 1963.

CHAPITRE II

= CHAPITRE II =

ANALYSE DES OBSERVATIONS

En reprenant les observations des cas d'hématodermies malignes qui sont conservées dans les archives de trois centres hospitalo-universitaires en Algérie(Alger, Oran et Constantine), nous nous sommes proposé d'établir sous quels aspects ces affections se sont présentées et de rechercher si elles ont été affectées de caractères particuliers dans le cadre géographique où elles ont été rencontrées. Faisant porter notre enquête sur des durées variables d'un service hospitalier à un autre, mais sur des temps qui sont toujours de l'ordre de plusieurs années, nous avons disposé de documents concernant 65 cas, dont certains ont déjà fait l'objet de publications particulières: 30, de réticulose maligne, en comprenant dans ce nombre 8 cas de réticulosarcome et 3 cas de maladie de Letterer-Siwe; 18, de mycosis fongoïde, dont 2 cas de prémycosis et 3 cas de parapsoriasis ayant dégénéré en mycosis; 8, de leucémie cutanée; 4, de lymphogranulomatose maligne; 1, de maladie de Brill- Symmers; à ces faits nous avons ajouté 2 cas à l'occasion desquels l'histopathologie a établi le diagnostic d'hématodermie maligne, sans toutefois déterminer la nature exacte de celle-ci, et 2 autres à propos desquels des cellules atypiques ont été caractérisées sur les coupes, mais en trop petit nombre pour autoriser à affirmer la nature hématodermique du processus lésionnel. Un ensemble de raisons nous ont conduits à laisser en dehors de la présente étude les faits d'acro-sarcomatose de Kaposi dont nous disposons.

30 malades sont atteints de réticulose maligne (dont 8 réticulo-sarcomes et 3 cas de Letterer-Siwe): 25 garçons et hommes, 5 femmes, jeunes pour la majorité d'entre eux puisque 14 sont âgés de 45 à 62 ans et 16 de 4 mois $\frac{1}{2}$ à 37 ans, dont 9 enfants (4 mois $\frac{1}{2}$ à 13 ans).

Les premières altérations cutanées se sont marquées chez eux, en des secteurs du tégument variant d'un malade à un autre, sans électivité, par des manifestations diverses: éléments infiltrés, extensifs le plus généralement; dans 6 cas, formations nodulaires intra-dermiques; et même chez un homme, douleurs lancinantes au point où, deux ans plus tard, s'est constitué un placard oedémateux, puis infiltré. Au moment où les malades atteints de réticulose maligne vraie sont reçus dans le cadre hospitalier, après des délais d'évolution qui se situent pour 10 d'entre eux entre un et deux mois, mais qui vont jusqu'à 11 ans pour le dernier, les lésions cutanées premières ont subi d'importantes modifications: infiltrat de la face avec lésions érythémateuses, croûteuses et vésiculeuses, et placards érythémateux du tronc; extension jusqu'à occuper un ovale irrégulier de plus de 15 cm sur 10, avec réserve de peau saine; ulcérations de ces placards, ou unique vaste et profonde, ou multiples et superficielles; chez 9 patients, constitution à distance d'autres lésions sous forme soit d'autres placards, soit de tumeurs végétantes et ulcérées, l'une de celles-ci revêtant le volume d'une mandarine; multiplication de nodules inclus dans le derme.

Chez 12 malades, adénopathies plus ou moins importantes; chez 4, débord splénique franc. Ces différentes atteintes ne s'accompagnent de prurit que dans 7 cas.

Lors de leur hospitalisation, ces malades présentent pour la moitié d'entre eux un état général correct.

Les examens biologiques de routine ne fournissent aucune indication particulière: la vitesse de sédimentation n'est accélérée que dans 6 cas; chez un patient, fort abaissement de l'albumine sérique, avec forte élévation des globulines, surtout gamma; mais chez un autre, hypoalbuminémie sérique avec chute des globulines bêta et gamma. La sérologie de la syphilis est positive dans un cas.

Les examens cytologiques du sang périphérique, même compte-tenu de 7 cas avec anémie hypochrome et hyperleucocytose neutrophile, n'apportent aucun renseignement, mis à part une formule de leucose lymphoïde chez un homme de 62 ans (obs.n° 41). sur le médullogramme, chez 4 malades, présence de cellules réticulaires jusqu'à un taux de 12 p.100, étroitement comparables à celles qui se voient sur les frottis obtenus après ponction des lésions cutanées. Sur les ganglions, image d'adénite subaiguë dans un cas; présence de cellules réticulaires dans trois autres.

Les examens histopathologiques reconnaissent chez tous ces sujets un infiltrat dermique dense, occupant rarement le derme superficiel, monomorphe sauf pour un. Dans 14 cas, l'image histologique est celle d'une réticulose histio-monocytaire maligne; chez 3 malades, c'est celle d'une

l'absence de réticulose; chez un patient, image de

réticulose orthoplasique à évolution lympho-plasmocytaire; enfin chez le dernier, forme à faible degré de malignité, dont le premier traitement remonte à 11 ans.

Le traitement s'est, suivant les années, fondé sur la radiothérapie profonde, les corticoïdes seuls, la corticothérapie associée soit à la radiothérapie, soit à la chimiothérapie, la cyclophosphamide ou la vincaléucoblastine seules, quelquefois la chirurgie.

Sauf chez 4 d'entre eux, suivis pendant trois ans, les malades n'ont été l'objet que d'une surveillance post-thérapeutique trop courte pour autoriser un jugement.

Les deux meilleurs résultats ont été obtenus, dans un cas de réticulose histiomonocytaire par la vincaléucoblastine et dans un autre de réticulose cutanée à évolution lente par la cobaltothérapie.

Jusqu'à la fin de son premier séjour à l'hôpital (plus de 2 mois), nous avons constaté les effets très satisfaisants chez un malade atteint de réticulose histiomonocytaire de l'association à la prednisone, de méthyl-hydrazine, de moutarde azotée et de vincristine, mais ces résultats ne se sont pas maintenus puisque ce malade est décédé après 2 ans de surveillance (obs. n° 53). Cependant, nous devons observer en contre-partie qu'un traitement du même type a été responsable, chez un patient atteint lui aussi de réticulose histiomonocytaire, d'une polynévrite rapidement ascendante, ayant conduit à la mort en peu de jours.

Chez les 8 malades atteints de réticulosarcome, 2 garçons de 11 ans, 4 hommes de 30 à 58 ans, 1 fillette de 5 ans et 1 femme de 59 ans, 6 sont hospitalisés portant des formations tumorales quelquefois ulcérées, bourgeonnantes, d'extension rapide; un homme de 47 ans, avec une tumeur présternale en squirrhe; chez un sujet de 37 ans, infiltrat érucicé par places, occupant le tiers inférieur de la pyramide nasale et la lèvre supérieure.

Chez un patient, sur le téléthorax, image en lacher de ballons.

Les 3 cas de maladie de Letterer-Siwe offrent des caractères classiques, et nous rappellerons les points les plus importants des observations faites.

Un garçon de 4 mois $\frac{1}{2}$, portant depuis un mois, sur le cuir chevelu, la nuque et le dos, en moindre fréquence sur l'abdomen et les membres, des lésions de 2 types: formations papulo-nodulaires rouges ou violacées, enchâssées dans la peau; des éléments érythémato-papuleux, arrondis, à peine infiltrés. Splénomégalie. Sur les frottis de peau, présence de cellules réticulaires à grand noyau.

A l'examen histopathologique, nappe dermique dense et monomorphe, constituée de cellules à noyau volumineux, avec cellules géantes multinucléées par fusion de cellules réticulaires malignes, des monstruosité nucléaires. Action favorable du traitement par hydrocortisone, se maintenant encore deux ans plus tard.

Un garçon de deux ans portant deux lacunes osseuses sur la voûte du crâne, une sur la clavicule et une quatrième sur

la colonne vertébrale qui a été interprétée à tort comme la marque d'un mal de Post. Sur le cuir chevelu et le revêtement du thorax, éruption dense faite de petites taches érythémateuses ou purpuriques mêlées à de multiples éléments papuleux sommés d'une mince croûte brune et sèche.

Atteinte sévère de l'état général, avec anémie intense.

Dans la moelle osseuse, cellules de grande taille aux limites floues, à cytoplasme non homogène contenant des inclusions et des vacuoles. Sur une biopsie d'un élément cutané, aspect histologique d'infiltrat du derme superficiel plaqué contre la basale, fait de cellules volumineuses arrondies, à large cytoplasme éosinophile et spumeux, avec gros noyau volumineux. Evolution fatale, la mort survenant 8 à 9 mois après les premières manifestations, 6 semaines après le début du traitement.

Un nourrisson du sexe féminin, âgé de 10 mois, présentant sur le tronc et le cuir chevelu un purpura pétéchiol, des maculo-papilles et des réticulides. Polyadénopathie.

Hépto-splénomégalie. Altération de l'état général avec hyperthermie.

L'examen histopathologique de la peau montre des cellules réticulaires à gros noyau bourgeonnant.

Le traitement par corticothérapie associée à la vincalcéublastine et aux transfusions sanguines, permet une stabilisation de 5 mois. L'évolution fatale survient 16 mois après le début des lésions.

Au total, sur 30 cas de réticulose, le traitement a donné de bons résultats immédiats chez 13 patients.

Les 16 malades qui sont pris en traitement pour mycosis fongoïde forment un groupe assez homogène, la grande majorité d'entre eux dépassant l'âge de 50 ans. Pour 13 d'entre eux, 8 hommes et 5 femmes, âgés de 33 à 86 ans, l'affection se présente sous le type Alibert- Bazin; chez un homme de 65 ans et une femme de 68 ans, mycosis à tumeurs d'emblée (Obs.n° 11 & 21); enfin chez un jeune homme de 27 ans, forme érythrodermique succédant à un parapsoriasis en plaques (obs.n° 16). Notons que chez ce dernier et chez 2 autres hommes âgés de 56 et 59 ans c'est un parapsoriasis qui a dégénéré en mycosis fongoïde.

Les premiers signes témoignent quelques variantes: pour l'un de ces sujets, prurit initial; pour un autre, simple prurit également, scrotal, rapidement suivi de la formation de multiples tumeurs en grains de plomb, puis en gros pois; pour 13, constitution, en un ou plusieurs emplacements, de taches ou d'éléments nummulaires, ou de placards eczémato-lichéniens qui se sont secondairement infiltrés dans le même temps que le prurit s'est exacerbé. La progression de ces premières manifestations est assez rapide pour que la moitié de ces patients se fassent hospitaliser moins de deux mois après leur entrée en maladie. 5 toutefois ont pu attendre de 2 à 4 années et un seul jusqu'à 11 années.

Avec le recul dans le temps, les altérations cutanées revêtent une allure typique: placards eczémato-lichéniens infiltrés, à bords polycycliques et francs, avec dans 7 cas réserve de peau saine, de nombre allant de 3 à plus de 10 et se disposant, lorsque multiples, avec une relative

symétrie; tumeurs massives, ulcérées pour les plus volumineuses, isolées ou coalescentes, allant jusqu'à acquérir le volume d'une grosse mandarine. Dans un cas de mycosis à tumeurs d'emblée, formation, sur le scrotum de très nombreux modules intra-dermiques et d'une dizaine de tumeurs en pois-chiche ou en petite cerise. Adénopathie faite de ganglions aphilégmasiques, retrouvée chez 5 patients sur la totalité des aires ganglionnaires accessibles à l'exploration clinique. Splénomégalie modérée dans un cas. Fléchissement de l'état général chez 9 malades, avec fièvre capricieuse, dépassant rarement 38° C. Pour l'un de ces sujets, image radiologique d'opacités pulmonaires de type miliaires; à la bronchoscopie, chapelet de fistules sur la face antérieure de la caréna; l'examen d'un prélèvement de muqueuse bronchique ne laisse pas voir d'image spécifique.

On retient une association avec un ulcère du bulbe chez un malade et avec un diabète chez un autre.

Le contrôle du sang périphérique n'offre aucun intérêt de démonstration: à 7 reprises, forte leucocytose; 2 fois, éosinophilie élevée à 21 et 44 p.100; dans un cas, taux de cellules monocytoïdes atypiques de 5,5 p.100 avec 2 p.100 de lymphoblastes. Par 2 fois, chute du taux des plaquettes jusqu'à un chiffre dérisoire. La moelle osseuse n'est affectée que de rares anomalies: présence de 30 p.100 d'éosinophiles dans un cas; chez l'homme atteint de mycosis à tumeurs d'emblée, envahissement par des lymphocytes, avec 6 à 8 p.100 de lymphoblastes, atypies qui se retrouvent comparablement sur le suc de rate.

Chez deux patients, la ponction de ganglions permet d'identifier la présence d'histiocytes de type malin ou celle de bigarrure cellulaire au sein de laquelle se distinguent des cellules réticulaires malignes.

Pour 5 sujets, abaissement du taux de l'albumine sérique, avec, en contrepartie, élévation de celui des globulines qui, d'un malade à l'autre, affecte en différentes combinaisons les différentes globulines. La sérologie de la syphilis est une fois positive.

Les bilans des examens histopathologiques se superposent dans leur description d'un granulome polymorphe de type classique, avec pour plusieurs, présence de thèques et de cellules mycosiques. Trois contrôles de l'état des ganglions font apparaître soit un infiltrat bigarré, soit de rares cellules mycosiques.

Le traitement a fait appel soit à la radiothérapie seule, soit à la corticothérapie seule, soit à la radiothérapie associée à la corticothérapie et à différents produits qui ont eux-mêmes été utilisés en combinaison. Les cures n'ont dépassé 6 mois que pour 6 patients, mais même chez ceux-ci, l'action thérapeutique entreprise n'a abouti qu'à des résultats très médiocres: 4 malades sont décédés après plusieurs mois d'un traitement permanent. Les meilleurs effets immédiats ont été obtenus de la radiothérapie. Un résultat local remarquable a suivi l'administration, en association, de prednisone, de méthyl-hydrazine, de moutarde azotée et de vincristine, avec fonte en quelques

jours de volumineuses tumeurs et aplatissement de vastes placards infiltrés, mais avec décès dans le marasme au bout d'un mois. Dans un autre cas, traité uniquement par les corticoïdes, rémission complète depuis 2 ans(obs.n° 24).

L'histoire des 2 malades atteints de prémycosis, se montre typique.

Le premier, homme de 64 ans, est porteur de placards érythémato-squameux qui siègent sur un bras et les cuisses. A l'occasion d'un premier séjour en service d'hôpital, l'examen histo-pathologique met en évidence une image qui plaide en faveur du prémycosis, avec un infiltrat dense, sous - épithélial, à limite inférieure nette, mais relativement monomorphe. Quatre ans plus tard, les lésions se sont étendues et infiltrées, sont devenues prurigineuses, et, sur la coupe, se voit un infiltrat bariolé avec présence de thèque(obs.n°13).

Le second fait est relatif à un homme de 60 ans chez lequel l'histologie vérifie sur les différentes coupes pratiquées pendant une surveillance de quatre ans l'évolution jusqu'à un granulome polymorphe et des thèques et chez qui sont apparus en quelques semaines de multiples placards prurigineux, érythémato-squameux, de grande dimension, à peine infiltrés-- si bien que ce cas, tant par ses caractères cliniques qu'histologiques, pourrait acceptablement figurer en définitive dans le groupe des faits de mycosis fongicide.

La lympho. ranulonmatose maligne s'est accompagnée de déterminations cutanées chez 4 malades.

Chez un homme de 30 ans, se constituent sur le tronc, les fesses, un membre supérieur, les membres inférieurs, de grands médaillons érythémato-squameux, prurigineux, à bords festonnés et ourlés; dans le même temps, développement des ganglions sur une chaîne cervicale, l'aisselle droite et le médiastin, à droite; chute de poids; pas de fièvre. Les effets du traitement par radiothérapie et cyclophosphamide n'ont pu être surveillés, l'intéressé ayant rapidement quitté l'hôpital.

Une femme de 21 ans, en état général correct, est traitée pendant 2 ans, avec un résultat convenable, pour une maladie de Hodgkin avec adénopathie cervicale, sus clavière, axillaire et médiastinale. Elle est revue à la troisième année à l'occasion d'une reprise avec chute de poids, température subfébrile et développement d'un seul ganglion, axillaire. A ce moment, présence sur la face antérieure du thorax de trois formations érythémato-squameuses, inégales, dures, infiltrées, prurigineuses, adhérentes au plan profond, et d'une lésion de la clavicule droite prédominant sur la corticale: Ces différentes manifestations s'effacent à la suite de l'administration de prédnisone associée à la méthyl-hydrazine, à la moutarde azotée et à la vincristine.

Homme de 42 ans, chez qui les lésions initiales sont à type de vésicules et de papules disposées sur le cou-de-pied droit, accompagnées de polyadénopathie; état général conservé; 8 récides à type d'érythème psoriasiforme.

Rémissions après corticothérapie (11 gr. en tout).

Evolution vers le décès en 4 ans, malgré l'adjonction de dégranol aux corticoïdes.

Une femme de 42 ans, présente une adénopathie inguinale volumineuse, une énorme rate dure et des placards prurigineux érythémateux et infiltrés de la face et des membres inférieurs; amaigrissement; mauvais état général.

Amélioration par l'association médicamenteuse Cortancyl - Natulan - Oncovin - Caryolysine - Velbé depuis 6 mois.

Ce traitement est actuellement encore poursuivi en service d'hôpital.

Les lésions cutanées se présentent sous des apparences très différentes entre elles chez les 8 patients atteints de leucose.

Chez une femme de 66 ans, atteinte de leucémie lymphoïde, formations nodulaires avec, à l'examen histo-pathologique, infiltrat massif de cellules rondes" de dispositif lymphoïde".

Chez un homme de 46 ans, atteint de leucémie aiguë lymphoblastique, nodule de la joue, des dimensions d'une petite prune, érythémateuse, massive, adhérente au plan profond, constituée d'un infiltrat leucosique dense, dissociant tous les tissus et en particulier le muscle sous-jacent.

La leucémie évolue très rapidement, avec développement des ganglions sur toutes les aires superficielles, importante splénomégalie, purpura, amaigrissement, fièvre s'élevant jusqu'à 40° C, et, dans le sang périphérique, présence

Il n'en va pas de même pour la troisième malade, âgée de 12 ans, qui est reçue pour leucose aiguë lymphoblastique: depuis 3 mois, développement d'adénomégalias sur plusieurs places, grosse splénomégalie, sans atteinte de l'état général; dans le sang périphérique, présence de 6 p.100 de lymphoblastes; moelle osseuse envahie de lymphoblastes.

Sur la peau, lésions très polymorphes: nappe infiltrée, érythémato-pigmentée de la région centro-faciale, en ailes de papillon; sur le tronc, médaillons érythémato-pigmentés, isolés ou coalescents, peu infiltrés; formations papulo-nodulaires fermes, de la taille d'un pois, semant les fesses, la paroi abdominale les cuisses et les jambes; en différents secteurs, ponctué de pétéchies purpuriques; à l'examen histopathologique, que infiltrat massif du derme supérieur et moyen fait de cellules plus ou moins jeunes appartenant à une même lignée, lymphocytaire ou lymphoblastique.

Chez une femme de 62 ans, plaques nummulaires rouge-violacées, siégeant sur la joue gauche, s'étendant vers le nez; adénopathie cervicale; altération de l'état général; présence de 71 p. 100 de lymphocytes et de 12.880 blancs par mm³ dans le sang périphérique; envahissement du derme par des lymphocytes très nombreux. Cette malade a été perdue de vue après 7 séances de radiothérapie.

Chez une autre femme, âgée de 48 ans, purpura et nodules sous-cutanés au niveau des fesses avec discret prurit; adénopathies multiples et énorme rate; mauvais état général;

très nombreuses cellules jeunes myéoblastiques dans la moëlle osseuse; 270.000 gl. blancs/ mm³ dans le sang périphérique. La malade décède après 45 jours de traitement par radiothérapie et misulban.

Chez une jeune femme de 19 ans, ecclymoses et nouures hypodermiques au niveau des membres et de la hanche gauche; discrète splénomégalie; pas d'adénopathie; arthralgies. Les examens de sang, le médullogramme et le splénogramme établissent le diagnostic de leucémie myéloïde. Le décès survient 3 mois après l'hospitalisation, malgré la radiothérapie et les transfusions sanguines.

Chez un garçon de 14 ans, c'est une cyanose et un oedème accompagnés de crampes au niveau de la jambe gauche puis droit qui provoquent l'hospitalisation. Adénopathies multiples; altération de l'état général. Dans le sang périphérique, 31.000 gl. blancs/mm³; dans la moelle osseuse, nombreuses cellules souches à noyau réticulaire, type monocytoïde.

Décès dans un tableau d'hémorragie cérébrale après une semaine de traitement par corticoïdes et méthotrexate.

Chez le dernier malade, homme de 67 ans, érythème prurigineux de la face et des membres; oedème, ulcération, éczématisation; adénopathies axillaires et inguinales. Aggravation rapide. Formule sanguine de leucose lymphoïde; infiltration leucosique de la peau; bon résultat après 3 mois de traitement par l'association corticoïdes-chloraminophène après lesquels le malade est perdu de vue.

Le garçon de 11 ans hospitalisé pour maladie de Brill-Symmers porte depuis plus d'un an des adénopathies cervicales, axillaires et inguino-crurales, faites de ganglions élastiques, sans périadénite; importante splénomégalie; sur la face et le tronc, de multiples nodosités dont les plus développées revêtent sensiblement les dimensions d'une mandarine.

Dans le dernier groupe de malades, nous avons réuni 4 patients atteints d'hématodermie de nature non établie.

Chez un homme de 55 ans, lésions des cuisses symétriques, extensives, en macaron, très prurigineuses: le diagnostic clinique de mycosis fongoïde est évoqué; à l'examen histopathologique, infiltrat dermique dense et polymorphe, soulevant la possibilité de mycosis, mais absence de signe de malignité.

Chez une femme de 40 ans, érythrodermie bulleuse et purpura. Sur le plan histologique, granulomatose dense où prédominent les mononucléaires, à limite inférieure nette, avec quelques cellules réticulo-histiocytaires volumineuses et deux mitoses: suspicion d'hématodermie, mycosis ou leucose; sur une biopsie ganglionnaire, image de lymphopathie de type lymphosarcomateux ou plutôt de leucose.

Chez une femme de 52 ans, atteinte de dermatite infectieuse avec placards infiltrés et prurigineux, l'image caractéristique de mycosis fongoïde n'est pas réalisée. Cependant, quelques histiocytes volumineux et 2 mitoses anormales.

Chez la dernière patiente, âgée de 46 ans, masses tumorales des paupières. Formule de leucose lymphoïde. Sur les coupes de biopsie cutanée, image de lymphosarcome lymphocytaire ou de leucémie lymphoïde.

Il nous reste maintenant un dernier point à examiner, celui de la fréquence des états dont nous venons de faire état. Ainsi que nous l'avons déjà exposé, notre recherche de documents a porté sur les archives de 8 services hospitaliers: 5 à Alger (Clinique universitaire de dermatologie, Clinique universitaire d'hématologie, Clinique universitaire médicale infantile, Clinique universitaire de médecine infantile (hôpital Parnet); Service de pédiatrie de l'hôpital de Béné-Mzssous); 1 à Oran (service de dermatologie); 2 à Constantine (service de dermatologie, Centre anti-cancéreux).

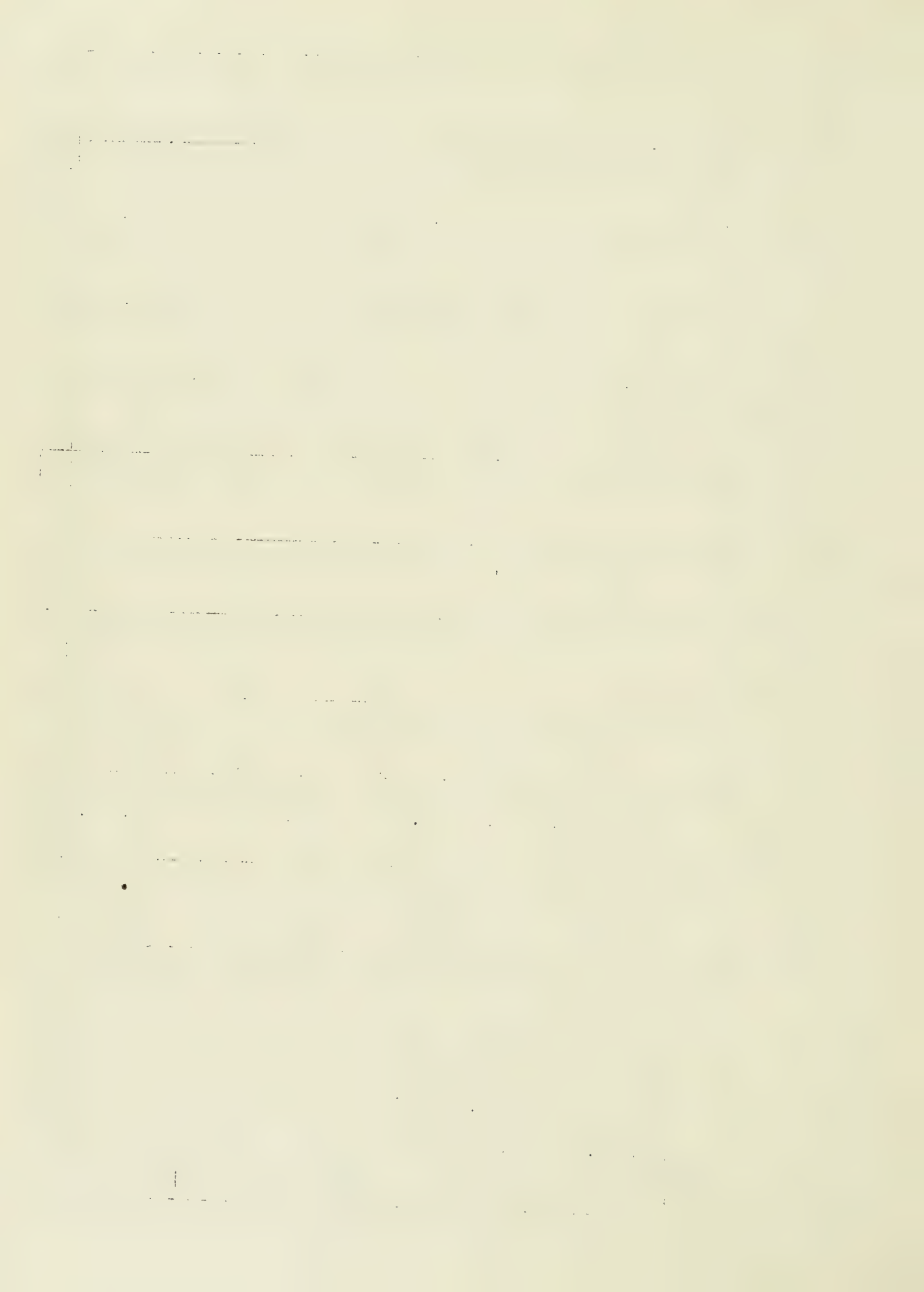
Dans ces différents services, nous avons établi : le total des malades hospitalisés; sur cet ensemble, le compte des patients atteints d'hémopathies malignes se situant dans le sens de notre étude; sur ce nombre d'hémopathies, le compte des cas comportant une atteinte cutanée.

Les résultats de cette part de notre enquête sont consignés sur le tableau ci-contre.

A notre regret, nous n'avons pas pu faire figurer sur ce tableau les chiffres que nous avons réunis dans le service de médecine générale du Centre anti-cancéreux d'Alger (Centre Pierre et Marie-Curie). Pour des raisons d'organisation interne, ces relevés statistiques de ce service ont été ramaniés à partir de 1959; de 1950 à 1958, les malades ont été classés en fonction de leur atteinte par le cancer et

de la localisation à la peau des néoformations; à compter de 1959, les patients hospitalisés ont été recensés en raison du siège, notamment cutané, de la néoplasie, sans indication sur la nature de la dégénérescence. Nous donnons donc ici les comptes qui ont été établis, sans les faire figurer sur le tableau que nous avons dressé, puisqu'ils ne s'adaptent pas à l'esprit du reste de l'enquête : de 1950 à, 1959, 8.706 hospitalisés pour cancer, dont 1.702 avec localisation à la peau; 89 cas de leucose, 96 de maladie de Hodgkin et 107 de réticulo-sarcomes; de 1959 à 1969, 869 patients reçus pour néoplasie cutanée. Du fait que ces chiffres ne sont pas portés sur notre tableau synoptique, nous ne pouvons y faire état d'un cas de réticulose cutanée qui a été traité au Centre anti-cancéreux et-le-total des faits de réticulose consignés sur le tableau est inférieur d'une unité du compte réel.

Centres d'examen	Années	Nombre de Malades reçus	Leucoses		Mal. Hodgkin		Rétic.mal. et rétic sarc.		Mycosis fongiques	Mal; de Brill-Symmers	Hématod. non classées
			Nb tot. de cas	avec acc. cut.	Nb tct. de cas	Avec acc. cut.	Nb. tot. de cas	Avec acc. cut.			
<u>ALGER</u>											
Cl.un.de dermatologie	1950-72	18.993		4		2	16	16	12		3
Cl.un.d'hématologie	1963-69	8.857	424	2	129	2	2	2			
Cl.un.Médicale infant.	1963-71	32.249	129		18		6	1			
Cl.un.de médecine infant. (hôpital.Parnet)	1964-71	11.750	20		12		10				
Serv.Pédiatrie de l'hôpit.Béni-Messous	1-1972/ 8-1973	3.625	6		5		1				
<u>ORAN</u>											
Service de dermatologie	1961-72	4.445		1			3	3	3		
<u>CONSTANTINE</u>											
Service de dermatologie	1950-58	13.566					6	6	2	1	1
Centre anti-cancéreux	1956-72	9.145	56	1	91	7	67	1	1		
TOTAUX..		102.630	635	8	255	4	111	29	18	1	4



Les chiffres d'hématodermies dont nous faisons état procèdent donc de l'observation, en milieu hospitalier, de 102.630 malades. Certes, en raison de créations ou de remaniements administratifs de services, ils n'ont pas tous été réunis dans des temps identiques, comme cela eût été souhaitable en doctrine stricte. Mais, étant donné le compte de nous disposons, nous pensons que nous sommes autorisés à faire des constatations recevables.

Sur 102.630 malades hospitalisés, 1.024 étaient atteints d'hémopathies malignes et sur ce nombre, 64 seulement d'hématodermies, les réticuloses malignes et les réticulosarcomes apparaissant dans ce lot de fréquence prééminente.

Il s'établit donc ainsi qu'en Algérie, comme en tous autres secteurs de notre monde, les hématodermies représentent des états de rencontre très rare, sinon exceptionnelle.

Au total, les différents faits d'hématodermie maligne que nous venons d'étudier montrent qu'en Algérie ces états, par leur rareté, comme par l'agencement de leurs caractères cliniques et anatomiques et même, pourrions-nous dire, par la variété de leurs stigmates, se présentent sous des formes rigoureusement classiques.

B I B L I O G R A P H I E

1. BERK C.: Manifestations cutanées associées avec une leucémie lymphatique. Dermatologica, t.96, n°5, pp. 351/356.
2. BELKHAOUA M., BOUJENOU R.M., BOUJENOU P.: Le traitement de la maladie de HODGKIN. Algérie Méd.; 1971, vol.VIII, n°1, p. 107.
3. BENDELAC J.: Le traitement moderne de la maladie de HODGKIN.A, propos d'un cas traité avec évolution favorable. la Tunisie Méd., 1967, n°6, pp. 465/471.
4. BENELBOUFFOK M.S.: La maladie de Kaposi dans la population autochtone d'Algérie. Thèse, Alger, 1972, 107.p.
5. BENELTRACHE KH.: Contribution à l'étude des leucémies aiguës. Thèse, ALGER, 1969.
6. BERKANE Y.: Contribution à l'étude des leucémies lymphoïdes chroniques en Algérie.(de 1964 à 1971, 56 LLC dont 4 avec localisations cutanées). Thèse, ALGER, 1972.
7. BERRER J.: Traitement de la maladie de HODGKIN (plan de base). Algérie Méd., 1966, vol. supplém., ch. XII.

8. BERNARD J.: Chimiothérapie des leucémies et des hématosarcomes, C.R., XXXVII^e Congrès Franç.Méd., 1969, pp.45/68.
9. BERNARD J., LAVAL-JANTET, Mme WEISGERBER, et TEYLLET P.: Progrès des traitements de la maladie de HODGKIN, M.P. - P.P.U., décembre 1972, pp. 157/164.
10. BERNARD J., LEVY J.P., CLAUVEL J.P. et coll.: Traitement de la maladie de HODGKIN. Abrégé d'hématologie, MASSON. M.P., 1973, mars, 44/45.
11. BERNARD J.: Le traitement de la maladie de HODGKIN. Actua. 1971, 3(40), 34/37. J. de Méd. et de Chir. Pratiques, janvier 1973, art. 40092.
12. Mme BERRAH H.: Contribution à l'étude anatomo-clinique de la maladie de HODGKIN chez l'enfant en Algérie (à propos de 25 observations). Thèse, Alger, 1964. Ann. Méd., 1968, vol. 5, n° 3, p. 369.
13. BRIERT J., JEANDIDIER P. et ROUSSBLOF P.: Un cas de mycosis fongicide. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 67^e ann., t. 64, 1957, pp.437/458.

14. BINDER E.: Le mycosis fongique augmente - t'il de fréquence, (étude de 1920 à 1951). Dermatologische Wochenschrift, t.123, n°25, 1951, pp. 577/579.

15. BINDER E.: Le mycosis fongique. Springfield, J.B. Thomas.

16. BINDER E. et HAYES R.: Sur la durée d'évolution du mycosis fongique, d'après 153 observations. (moyenne: 3 à 7 ans). Archiv für Dermatologie und Syphilis, t. 196, n°1, 25/7/1953, pp. 1/21.

17. BOIRON M.: Indications thérapeutiques dans la maladie de HODGKIN. Actua. Hémato., sous la direction de J. BERNARD, 1er trimestre 1967, pp. 113/120.

18. BOURDON R., DANE M. et LAUGIER A. (sous la direction de J. BERNARD): Traitement de la maladie de HODGKIN: technique des irradiations; surveillance et évolution. Actualités Hématologiques, 1er trimestre. 1967, pp. 81/98.

19. KILGUS P. et YSMAIL-DAHLOUK M.: Maladie de HODGKIN avec détermination cutanée et osseuse. Alg.Méd., 1970, tome 7, n° 2, p.211.

20. COLONNA P. et YSMAIL-DANLOUK M.: Déterminations cutanées extensives au cours d'une leucémie aiguë lymphoblastique. Alg. Méd., 1970, vol.7, n°3, p.341.
21. CIVATTE J. et LARREQUE M.: Les hématochromes. Concours Méd. 1971, 92-2105.
22. DEGOS R., OSSIPOWSKI B. et MORELL C.: Les aspects cliniques des lésions cutanées des leucémies. Presse Méd., 1956, 64/76. Exc. Méd., 1957, vol.11, art.1802, p.354.
23. DEGOS R., OSSIPOWSKI B., CIVATTE J. et TOURAINE R.: Réticuloses cutanées (réticuloses histiomonocytaires). Ann. Derm.Syph., 89è ann., t.84, n°2, 1957, pp.125/152.
24. DEGOS R., OSSIPOWSKI B. et Mlle MORELL C.:
- Les aspects cliniques des lésions cutanées des leucémies. (Presse Méd., nov. 1956, p.1725).
- Les aspects histologiques et hématologiques des lésions cutanées des leucémies. (Presse Méd., nov. 1956, p. 1825). Ann.Derm.Syph., 90è ann., t.85, n°3 1958, pp.373/380.

25. DEGOS R., OSSIPOWSKI E. et BARANGER H.: Etude critique des leucémies à monocytes. La Presse Méd., 1954, n°70, 1954, p.1441.
26. DEGOS R., OSSIPOWSKI E. et MORELL M.: Les lésions cutanées des leucémies. IIIè. Cong. ibéro-lat.-amér. de Dermatol., MEXICO, oct. 1956, pp. 119/127, Ann. Derm. Syph., 91è. ann., t.86, n°5; 1959, p.526.
27. DEGOS R., OSSIPOWSKI E., CIVATTE J. et TOURAINE R.: Réticuloses cutanées (histiomonocytaires). IIIème Cong. ibéro-lat-amér. de dermatol., MEXICO 1956, pp. 83/95. Ann. de Derm. et Syph., 1959, 91è ann., t.86, n°5, p.526.
28. DEGOS R.: Hématodermies. Dermatologie, t.2. ch.XIX, mise à jour de 1959, pp.897 à 923.
29. DE GRADISSEY J. et PARAF A.: Les manifestations cutanées de la leucémie histiocytocytaire. Etude critique. La Semaine des Hôp., 244ème année, 1948, pp. 791/801.
30. DE GRADISSEY J. et PARAF A.: Les Hématodermies. Masson, Paris-Alc.Méd., 1949, oct., n°6, p.342.

31. B. COHEN, P. L., BELL S. et BONAL M.: Hématodermies. Atlas de dermatologie, 1952, 10, p.
32. DUPREUX B.: Hématodermies. Fiches de dermatologie. Masson, Paris, 1969, pp. 817/844
33. PAYOLLE J., COEUR P., BRYON A.P., GENTILHOMME O., MOUILLÉ P. et MOUILLÉ P.: Les manifestations cutanées des leucémies lymphoïdes chroniques. À propos de 44 cas d'une statistique personnelle de 430 LLC. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., t.8, 1971, n°4, p.456. Ann. Derm. Syph., 1971 et 1973, n°1- M.F.; mai 1973, 1 bis.
34. PAYOLLE J., COEUR P., BRYON A.P., GENTILHOMME O., et MOUILLÉ P.: Valeur pronostique de l'atteinte de la peau au cours de la leucémie lymphoïde chronique (à propos de 44 cas d'atteinte cutanée tirée d'une statistique personnelle de 430 LLC). Nouvelle Revue Française Hématologique, 11, 1971, p.462.
35. COHEN B. et CHAMISSINAT A.: Leucémies au cours d'une leucémie lymphoïde. Effets du chloraminophène. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 67e ann., t.64, 1957, pp. 137/137.

36. HADIDA E., LAFFARGUE P. et CHAMPEN Y.: Réticulo-
histiocytose généralisée. 32^e L. Soc. Franç.
Derm. Syph., t. 56, n°4, 1949, pp. 362/363.

37. HADIDA E., DADARONX A. et Mlle MONTEPELLIER J.:
Réticulo-sarcome à déterminations multiples
probables. Bull. Alger. Cancérolog., 13^e ann., n° 3
1948, pp. 276/279.

38. HADIDA E., LAFFARGUE P. et ROBERT D'ESCHOUQUES J.:
Réticulo-histiocytose. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph.,
t. 56, n°4, 1949, pp. 362/363.

39. HADIDA E., SUDAKA P. et GARDEL J.: Réticulo-sarcome
de la face. Algérie Méd., mai 1949, n°5, p. 170- Bull.
Soc. Franç. Derm. Syph., t. 56, n°2, 1949, pp. 203/205.

40. HADIDA E., TIMSIT Ed. et STREIT R.: Réticulose
mononucéaire du type LUTHER-SIWE. Action
favorable de la corticothérapie. Bull. Soc. Franç. Derm.
Syph., t. 66, n°5, 1961, pp. 788/790.

41. HADIDA E., TIMSIT Ed. et Mme SAYAG J.: Réticulose
généralisée. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 75^e ann., t. 72,
1965, pp. 162/163.

42. BAKI M., BELKHODJA A., TIMSI G. et COLONNA P.: Polychimiothérapie des leucémies aiguës de l'enfant. A propos de 27 observations. la Tunisie Méd., 1968, n°6, pp.497/501.
43. HAMELAI R.M., ZMAIL-DAHLOUX M., TRACA M.G., et COLONNA P.: Maladie de Letterer-Siwe. Société de pédiatrie d'Alger, séance du 10 octobre 1970.
44. HEITE H.J. et SOCHA P.: Recherches sur la fréquence des manifestations du mycosis fongoïde. (d'après 719 cas). Archiv für Derm. und Syph., t.193, n°2, 1951, pp. 118/142.
45. HEMS Y., HENCON J.C. et TAGNON H.J.: Les cortico-stéroïdes dans le traitement des leucémies et des lymphomes. C.R., XXXVII^e Congr. Franç.Méd., 1969, pp. 111/112.
46. HENON J.C.: Les conceptions modernes du mycosis fongoïde. Derm.Ges.1950; d'après Derm.Woch., t.123, n°7, 1951, p.155.
47. JACQUILLAT C.: Chimiothérapie de la maladie de HODGKIN. M.P.- BICHAT, déc. 1972, pp.67/68.



48. JAYAKUMAR S., et WEIL R.: Traitement de la maladie de Hodgkin par les chimiothérapies nouvelles: méthyl-guanine, méthyl-bisphénol, la pervenche, méthyl-aziridine, microencapsules, les associations thérapeutiques. Actual.Hématol., 1er trim.1967, pp.99/112.
49. CHANDLER E. L.: Comparison of different methods of treatment of Hodgkin's disease. J. Clin. Oncol., 1968, 44/48 (10/10).
50. KHATI B., EGGA O., RAHAL A. et BOUCHOUKA B.: Maladie de Letterer-Siwe.- Société de Médecine d'Alger, séance du 9 janvier 1971.
51. LAMOTTE-BARFILLON S.: Lymphosarcomes traités par les dérivés de l'ypérite. (et maladie de HODGKIN) Entretiens de BICHAT- L'Expansion Scientifique Française, PARIS, 1947. Ann.Derm.Syph., 84 série, t.8, 1948, pp.514/515.
52. LAMOTTE S.: Mycosis fongique. Encyclop.Méd.Chir., 1971, 13710410, 3 p.
53. LAUCIER P. et JONKLENS N.: Pénicilloses. Encyclop. Méd.Chir., 1972, 13743411, 18 p.

54. LEVER W.: Diagnostic et traitement de la maladie de HODGKIN (7% extense) et du lymphosarcome (7,9% extense). Presse Méd. Argentina, vol. 36, n° 51, 1949, pp. 2637/2693.
55. LEVER W.P.: Histopathology of follicular lymphoma (Brill-Summers)- Histopathology of the skin; second edition, 1954, 1 vol., p. 480; J.B. Lippincott Company.
56. MALLET L. et MARCHAL G.: Traitement de la maladie de HODGKIN par le diméthyl-chloro-éthylamine. Paris. Méd., 38è ann., n° 24, 1948, pp. 299/301.
57. MARILL F.G.: Mycosis fungoïde. CONSTANTINE MED., 1953, n° 2, juin, pp. 57/77.
58. MARILL F.G. et TIMBIT Ed.: Réticulose maligne métaplasique. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 69è ann., t. 66, 1959, pp. 111/113.
59. MARILL F.G. et STREIT R.: Réticulo-histiocytose maligne. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 69è ann., t. 66, 1959, pp. 117/122.

60. MARILL F.G. et Mme P. GROULD.: Virage de l'image histologique au cours de l'évolution d'une dermatose fongique de type mycotie fongicide à tumeurs disséminées. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 1967, t. 74, n°1, pp. 428/441.

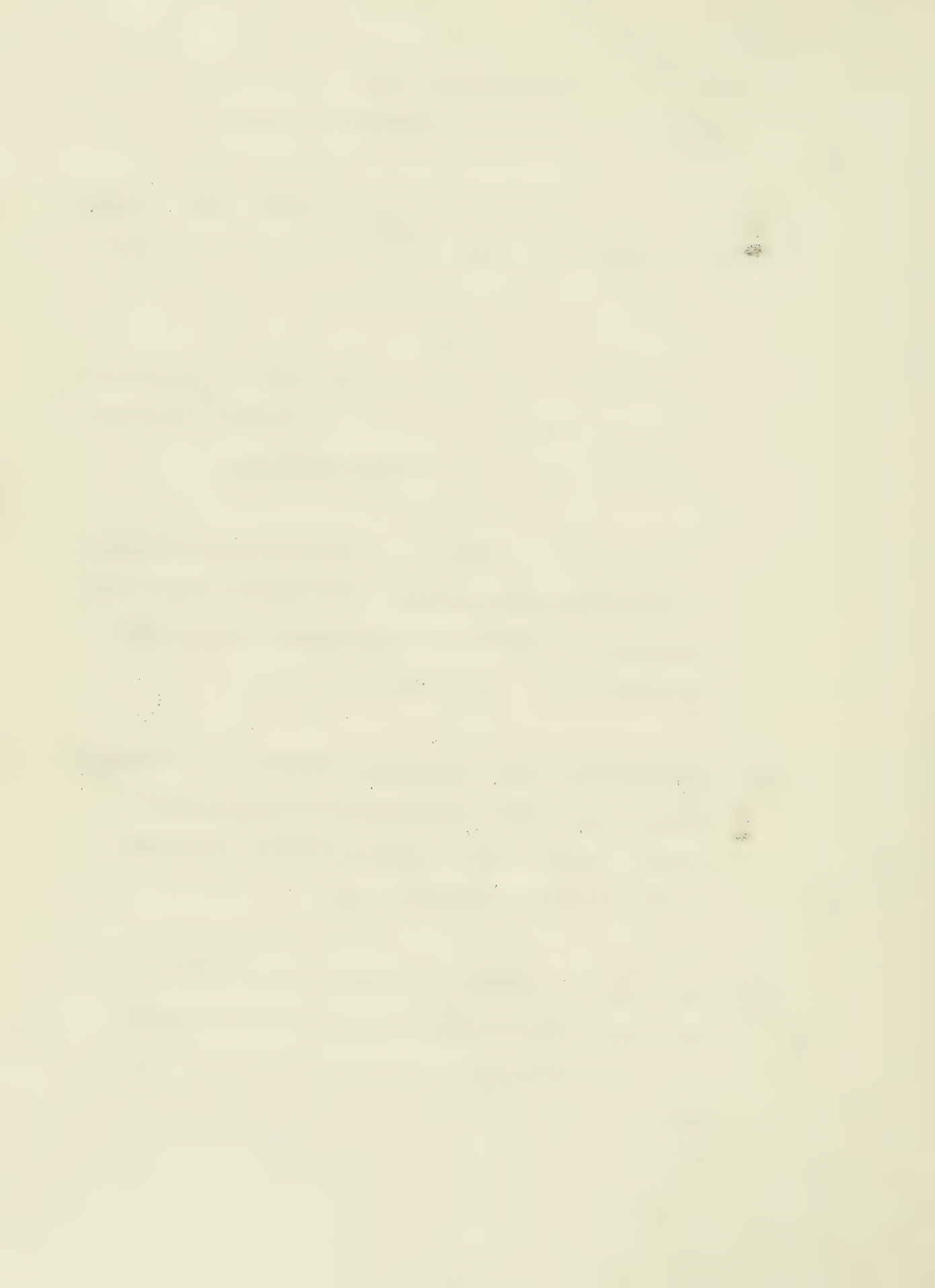
61. MARILL F.G. et Mme GROULD P.: Action remarquable de la vinorelbine dans le traitement d'un cas de réticulose cutanée maligne. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 77^e ann., t. 74, 1967, pp. 589/591.

62. MARILL F.G., COLONNA P., YSMAIL-DAHLOUK M. et BELKHODJA A.: Hématodermies malignes observées en Algérie. III^eme Journées Médico-Chirurgicales Maghrébines, TUNIS, mai 1967.

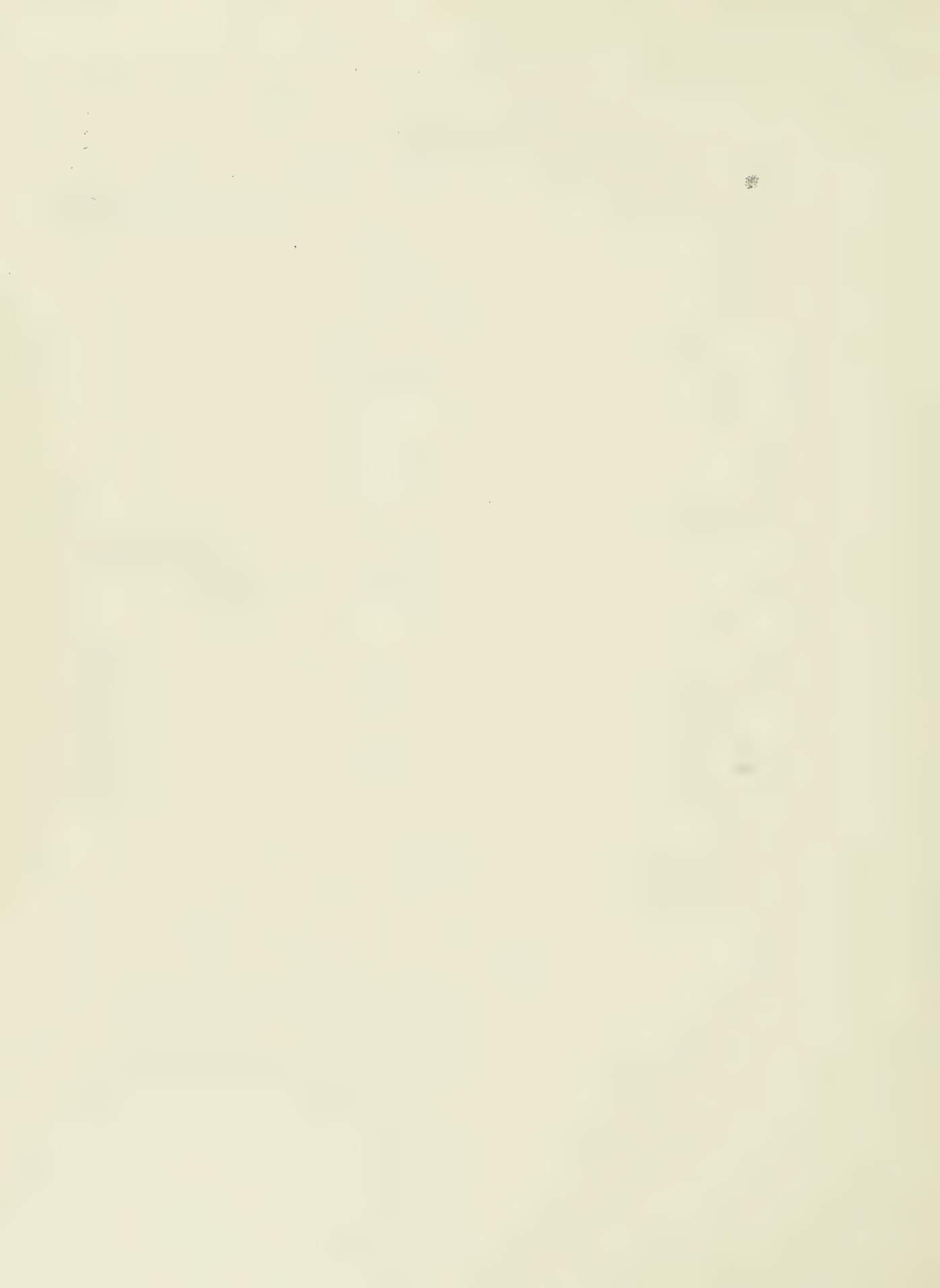
63. MARILL F.G. et PARAG M.F.: Mycosis fongique chez un malade présentant les attributs cliniques et hématologiques d'une leucémie lymphoïde.- Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 1969, t. 76, n°1, pp. 43/44.

64. MARILL F.G. et Mme P. GROULD.: Echec de la vinorelbine dans le traitement d'un cas de réticulose histio-monocytaire maligne.- Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 1969, t. 76, n°1, pp. 200/202.

65. MATHIE G.: La chimiothérapie des cancers. PARIS,
l'Expansion Scientifique Française, 1966, 1 vol.
66. MESSERSCHMITT J.: A propos du traitement des leucémies
chroniques. Bull. Algér. Carcino.. vol. 12, n° 36,
1960, p. 137
67. MESSERSCHMITT J., KHAÏT B., RAZZA-AMEUR A. et GILLE
J.P.: Les hémopathies malignes en ALGERIE Algér.Méd.,
avril 1966, n° 3, vol .supplém., ch.III.
68. MESSERSCHMITT J., TALEB A., COLONNA P. et TIMSIT G.:
Le traitement des leucémies myéloïdes chroniques par
l'association radiothérapies- bisulfan. Algér.Méd.,
avril 1966, n°3 , vol. supplém., ch.X.
69. MESSERSCHMITT J., TALEB A., BELKHODJA A. et BENTOUNSI
A.: Etude de l'évolution de 72 cas de leucémies
aiguës (janvier 1963/décembre 1965). Alger.Méd.,
avril 1966, vol. supplém., ch.XI.
70. MIDANA A. and ORMED F.: Tentativi di trattamento
della mycosis fungoides con un preparato colchi-
minico (12-669A) per via parentale. Minerva Derm.,
1954, 29/53 (69-74).



71. MATIN S., ALESSANDRI E., MEGROZ A. avec la collaboration de MOUNET R. et ARANZANA F.: Réflexions sur un cas de leucémie myéloïde traitée par la 6- mercaptopurine. Bull.Algér.Carcino., 3è trim.1956, n°31,P.284.
72. NANTA A.: Dermatoses en rapport avec les troubles de l'appareil hématopoiétique (hématodermies).Nouvelle Pratique Dermatologique, t.5, ch.V,1936,pp.521/664.-
D.M.C.
73. OLMER J. et GABRIEL E.: Essai de traitement des leucémies myéloïdes chroniques par la mitomycine C.-
Journ.Méd.Montpellier, 1973, 8,2, pp.60/63.
74. OSSIPOWSKI B.: Lésions cutanées des leucémies.Gazette Méd. de France, 1960, 67/72. Exc. Méd., 1961, vol.15, art. 1953, p.327.
75. PIETTE F. et BICKERT P.: Maladie de HODGKIN. Vie Méd., juin 1973, n°2, 14,P.



76. QUIROGA M.J., CORDERO A.A. et CORTI R.B.: Manifestations cutanées de la maladie de HODGKIN (spécifiques et non spécifiques). IIIème Congrès ibéro-lat.-amér. de dermatol., MEXICO, oct. 1956, pp.114/118. Ann. Derm.Syph. 1959, 91è ann., t.86, n° 5, p.526.
77. QUIROGA M.J., CORDERO A.A. and CORTI R.B.: Skin manifestations of HODGKIN's disease (90 cases). Mem. IIIè Cong. ibéro-lat.-amér. de Dermatol., MEXICO, 1959(114/118). Exc. Med., 1960, vol.14, art. 1682, p.309.
78. RAYNAUD M., HADIDA B. et Mlle DEYME G.: Erythrodermie chronique avec kératodermaie symétrique. Lymphodermie probable. Algérie Méd., 1947, oct., n° 8, pp.624/630.
79. SAHRROUY Ch., CLAUSSE J., CABANNES R. et DE PERETTI E.: A propos d'un cas de leucosarcomatose. Société de Pédiatrie d'Alger. Algér. Méd., 1939, n° 6, vol. 63, p. 635.

80. SELLEY C. and ECKHARD S. (BUDAPEST).: Clinical results after 5 years of treatment of tumours and leukaemias with Degranol (mannomustine).Brit.J. Clin. Pract., 1961, 15/20.
81. SAZARY A.: Les réticuloses cutanées. Ann.Derm.Syph., 84e ann., t. 79, n°4, 1953, pp.378/386.
82. SHAPERO H.G.: Therapy of mycosis fungoides.Henry Ford Hosp.Méd.J., 1971, 19/22(67-74). Exc.Med.,1972, section 13, may 1, vol. 26/4, art. 1423,p. 226.
83. SHERRY M. (BALTIMORE).: Traitement de la maladie de HODGKIN et du lymphosarcome par les moutardes azotées (11 cas). Southern Méd. J., t.41, n°2, 1948,pp.118/129.
84. TANNOUS.: Contribution à l'étude du traitement spécifique des leucémies aiguës. Thèse, Algér, 1972.
85. TEILLET F. et coll.: Traitement de la maladie de HODGKIN. Bull. Cancer, 1971, 57(2). - Journ.de Méd. et de Chir. Pratiques, déc. 1972, art. 40050.

86. THIERS H., FAYOLLE J., COLOMB D. et CHASSARD A.:
Lymphose cutanée avec éléments à type sarcoïde.
Excérèse et moutarde à l'azote. Bull.Soc.Franç.
Derm.Syph., 68è ann., t. 65, 1958, pp.146/147.
87. THIERS H., COLOMB D., FAYOLLE J., ARCADIO F. et
M. V. MONTAUD.: Leucose lymphoïde cutanée profuse
guérie par association cortisone-chloraminophène.
Bull.Soc. Franç. Derm.Syph., 69è ann., t.66, 1959,
pp. 201/202.
88. TODD I.D.H.(MANCHESTER).: Natulan in management
of late HODGKIN 's disease, other lymphoreticular
neoplasme, and malignant melanoma. Brit.Méd.J.,
1965, 1/5435, (628/631.
89. TOURAINE R.: Etude critique des réticuloses cutanées.
Thèse, PARIS, 1956, 198 P. Ann. Derm. Syph., 89è ann.,
. 84, n°2, 1957, p.168.
90. TRONVIER H.: Treatment of mycosis fungoides.DTSCH.MED.
WSCHR, 1971, 96/40, (1569-1570). Exc. Méd., 1972,
section 13, august 1, vol. 26/6, p: 338.

91. VALDENNAIRE J.C., MAYER G., THIEBAUT G., GUERCI O., et
LEDEGLIN P.: Les manifestations cutanées de la maladie
de HODGKIN (à propos de deux observations récentes).-
Cahiers de Médecine, n°2, 1973.- M.P., 1973, avril,
n°3, p.40.
92. VERHAEN A.: Les isotopes radio-actifs en thérapeuti-
que.- Bull. algér. Carcinol., vol. 12, n° 36, 1960,
pp. 13/14.
93. WAREMBOURG H., NIQUET G., GOUDEMAND M., BENOIT M. et
DUCOUX G.: Leucose aiguë à localisation clinique
exclusivement cutanée. Lille Méd., 1962, 7/9. Exc.
Med., 1964, vol. 18, art. 181, p.41.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
Caractères cliniques et volutifs	11
Caractères histo-pathologiques	32
 CHAPITRE I : OBSERVATIONS	48
Leucémie ;	49
Mycosis fongoïde	62
Réticulose maligne	99
Lymphogranulomatose maligne	154
Maladie de Brill-Gymmers	163
Hématodermies de nature non établie	165
 CHAPITRE II : ANALYSE DES OBSERVATIONS	170
 BIBLIOGRAPHIE	192 à 209

Vu le Président du J U R Y

Signé:

Vu le Doyen

Signé:

Vu et permis d'imprimer

[7-] LGER, le

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ALGER

Signé:

